

АРХІВ



ПСИХІАТРІЇ

ARKHIV PSYKHIATRII

Vol. 22, no. 4 (87)' 2016



WWW.UNDISSPN.ORG.UA



SAVE the DATE

April,
27–29, 2017

Annual psychiatry international conference
**PSYCHIATRY OF THE XXI CENTURY:
ISSUES AND INNOVATIVE DECISIONS**



www.rimon.in.ua/psyconference/2017



Ukrainian Research Institute of
Social and Forensic Psychiatry
and Drug Abuse



The Ukrainian
Psychiatric
Association



Charitable foundation
Research Innovations in Medicine «RIMON»
Tel./fax +38-044-537 52 77
foundation@rimon.in.ua
<http://rimon.in.ua>

АРХІВ ПСИХІАТРІЇ • АРХИВ ПСИХИАТРИИ • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Науково-практичний журнал
Том 22, № 4 (87) '2016

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

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



Редакційна колегія

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

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. Напреєнко (Україна), М. М. Пустовойт (Україна), Н. Г. Пшук (Україна), П. Ринков (Білорусь), Р. Ван Ворен (Нідерланди), Н. Скокаускас (Норвегія), О. Ю. Табачников (Україна), Д. Томас (США), Л. М. Юр'єва (Україна), О. О. Фільц (Україна), В. В. Чайковська (Україна), Д. Угрін (Великобританія), В. Фрідмонт (США)

Засновник

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
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) 503-87-80
e-mail: jap.ukraine@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) 246-09-60
e-mail: info@health-medix.com

Дизайн і верстка: ТОВ «Медікс груп»

Затверджено до друку Вченою радою УкрНДІ ССПН МОЗ України (протокол засідання № 10 від 30.11.2016 р.).
Надруковано ТОВ «Джулія принт», 03057, м. Київ, вул. Довженка, 3
Формат 60x84/8. Друк офс. Папір офс. Гарнітура «Minion Pro».
Обл.-вид. арк. 24,75. Ум.-друку. арк. 23,79. Наклад 500 прим. Зам. № 299

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.

ARKHIV PSYKHIIATRII • ARCHIVES OF PSYCHIATRY

Scientific and practical journal

Vol. 22, no. 4 (87) '2016

Founded in November, 1995

The journal is published four times a year

Chief editor I.Ya. Pinchuk

Deputy chief editor O.O. Khaustova

Executive secretary I.F. Zdoryk



Editorial staff

C. B. Abdriakhimova, L. O. Bulakhova, O. O. Drevitska, I. A. Martsenkovsky, O. P. Oliinyk, O. S. Osukhovska, V. Ya. Pishel, M. Yu. Polyviana, S. G. Polshkova, O. A. Revenok, N. M. Stepanova, S. I. Tabachnikov, Ye. M. Kharchenko, O. S. Chaban, S. S. Shum, O. V. Tsiomik

Editorial board

K. V. Aimerov (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. Pustovoyt (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) 503-87-80

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

e-mail: jap.ukraine@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) 246-09-60

e-mail: info@health-medix.com

Design and layout: Ltd. «Medix Group»

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 № 10 dated 30 November 2016).

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

Format 60x84/8. Offset print. Offset paper. Headset «Minion Pro».

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.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

<i>І. Я. Пінчук, Ю. В. Ячнік, А. К. Ладик-Бризгалова</i> СПІЛЬНОТНІ БРИГАДИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ В УКРАЇНІ	6
<i>І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний, І. Ф. Здорик, О. О. Древіцька</i> ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016 РОКУ	11

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Аймедов, В. В. Живилко</i> ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ	15
<i>І. В. Калугин, Е. А. Хаустова</i> ПРОБЛЕМА КОМПЛІАЕНСА У ПАЦІЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХІАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ	20

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

<i>Ю. А. Блажевич</i> ПЕРВЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ ЭПИЗОДЫ: КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ	29
<i>Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський, Л. О. Булахова</i> ГІПЕРКІНЕТИЧНИЙ РОЗЛАД У ДОРΟΣЛИХ ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ	34
<i>В. В. Іщук</i> КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ	38
<i>В. Д. Мішиєв, В. І. Харитонов, А. О. Попов, О. Ю. Панічев, Є. С. Карпюк</i> ДОСЛІДЖЕННЯ РЕКУРЕНТНОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ	43

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

<i>К. В. Дубовик</i> КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ, ЩО БУЛИ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНІ ІЗ ЗОНИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ.....	48
---	----

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

<i>Г. М. Кожина, М. В. Маркова, Д. І. Маракушин, К. О. Зеленьська, М. М. Хаустов, Г. М. Зеленьська</i> КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ	51
<i>К. В. Шкода</i> ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ	55
<i>О. В. Кіосєва</i> АДАПТИВНИЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ У СИСТЕМІ ПСИХОПРЕВЕНЦІЇ АДАПТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХООСВІТНЬОЇ СПРЯМОВАНOSTІ ЩОДО СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ, ЯКА МАЄ ДОСВІД ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН.....	59
<i>В. В. В'юн</i> СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЛІКАРЯ У ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	64

ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH SERVICES

<i>I. Ya. Pinchuk, Yu. V. Yachnik, A. K. Ladyk-Bryzgalova</i> COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAMS FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS: A PILOT PROJECT IN UKRAINE	6
<i>I. Ya. Pinchuk, O. O. Petrychenko, O. V. Kolodezhny, I. F. Zdoryk, O. O. Drevitska</i> INCIDENCE AND PREVALENCE OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES AMONG THE PARTICIPANTS OF THE ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE FOR THE FIRST HALF OF 2016	11

SOCIAL PSYCHIATRY

<i>C. V. Aymedov, V. V. Zhyvylko</i> FEATURES OF IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT WOMEN WITH ALOPECIA AND ANALYSIS OF ITS EFFECTIVENESS	15
<i>I. V. Kalugin, O. O. Khaustova</i> THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS.....	20

CLINICAL PSYCHIATRY

<i>Yu. A. Blazhevych</i> FIRST PSYCHOTIC EPISODES: CLINIC, DYNAMICS AND THERAPY	29
<i>T. Yu. Illytska, I. A. Martsenkovsky, L. O. Bulakhova</i> HYPERKINETIC DISORDER IN ADULTS AS A POSSIBLE CAUSE OF SOCIAL MALADJUSTMENT.....	34
<i>V. V. Ischuk</i> CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANXIETY-DEPRESSIVE PSYCHOENDOCRINE SYNDROME MANIFESTATIONS IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY	38
<i>V. D. Mishyiev, V. I. Kharytonov, A. O. Popov, O. Yu. Panichev, Ye. S. Karplyuk</i> STUDY OF RECURRENCE OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH EPILEPSY	43

CHILD'S PSYCHIATRY

<i>K. V. Dubovyk</i> CLINICAL POLYMORPHISM OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS, DISPLACED FROM THE ZONE OF MILITARY CONFLICT IN THE EAST OF UKRAINE.....	48
--	----

MEDICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHOTHERAPY

<i>H. M. Kozhyna, M. V. Markova, D. I. Marakushyn, K. O. Zelenska, M. M. Khaustov, H. M. Zelenska</i> COMPLEX SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF DESADAPTATION IN STUDENTS OF FIRST YEARS OF EDUCATION.....	51
<i>K. V. Shkoda</i> COMPARATIVE ANALYSIS OF COPING BEHAVIOR OF WIFE AND MOTHER OF MEN WITH LONG TERM PARANOID SCHIZOPHRENIA	55
<i>O. V. Kioseva</i> ADAPTIVE CASE-MANAGEMENT IN THE SYSTEM OF PSYCHOEDUCATIONAL PSYCHO-PRIVENTION OF ADJUSTMENT DISORDERS FOR STUDENTS YOUTH WITH EXPERIENCE IN THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES	59
<i>V. V. Vjun</i> SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE DOCTOR AT THE PERIOD OF ADAPTATION TO PROFESSIONAL ACTIVITY.....	64

<i>М. О. Дрюченко</i> СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: ЗАСАДИ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ..... 68	<i>M. O. Driuchenko</i> SYSTEM OF INTEGRATED MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VIOLATION OF MOTHER AND CHILD INTERACTION IN FAMILIES OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: BASES, CONTENT, EFFECTIVENESS 68
<i>О. Е. Духовський</i> ПСИХООСВІТА В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'Ї ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ..... 74	<i>A. E. Duhovsky</i> PSYCHOEDUCATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE FAMILY OF CHILD OF THE FIRST YEAR OF LIFE WITH HEAVY CRANIOCEREBRAL TRAUMA..... 74
<i>М. С. Панченко</i> ДОСВІД ВИВЧЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ 78	<i>M. S. Panchenko</i> EXPERIENCE OF STUDY OF NON-PSYCHOTIC DISORDERS OF THE MENTAL SPHERE IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF CARDIOVASCULAR RISK..... 78
<i>О. Ю. Резуненко</i> ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ ПСИХООСВІТИ ХВОРИХ НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД 82	<i>O. Yu. Rezunenko</i> PRINCIPLES AND ALGORITHM OF PSYCHOEDUCATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER 82
<i>М. В. Савіна</i> ОБґРУНТУВАННЯ ЗАСАД ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї ЗА НАЯВНОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК 86	<i>M. V. Savina</i> JUSTIFICATION OF GENERAL PROVISIONS AND EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOPROFILACTIC SUPPORT OF FAMILY WITH ADDICTIVE BEHAVIOR OF WIVES..... 86
СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ	SOCIAL AND CLINICAL NARCOLOGY
<i>К. В. Аїмедов</i> ОСОБЛИВОСТІ СПІВЗАЛЕЖНИХ ЖІНОК ВІД АЛКОЗАЛЕЖНИХ ЧОЛОВІКІВ..... 95	<i>C. V. Aymedov</i> PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CODEPENDENT WOMEN FROM MEN WITH ALCOHOL ADDICTION..... 95
<i>Г. А. Приб</i> ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ 101	<i>G. A. Prib</i> GENDER ASPECT ADDICTIVE BEHAVIOR 101
СУДОВА ПСИХІАТРІЯ	FORENSIC PSYCHIATRY
<i>О. П. Олійник, О. А. Ревенко, А. В. Канищев, О. В. Радзевілова</i> ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ, ЯКІ ПРОХОДЯТЬ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНУ ЕКСПЕРТИЗУ 106	<i>O. P. Oliinyk, O. A. Revenok, A. V. Kanishchev, O. V. Radzevilova</i> CHARACTERISTICS OF THE CONTINGENT OF COMBATANTS, WHO UNDERGO FORENSIC-PSYCHIATRIC EVALUATION 106
ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ	DEBATE & DISCUSSION CLUB
<i>І. Д. Спіріна, С. В. Рокутов, А. В. Шорніков</i> ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ..... 111	<i>I. D. Spirina, S. V. Rokutov, A. V. Shornikov</i> PROBLEMS OF PROVIDING PSYCHIATRIC CARE TO PATIENTS WITH MENTAL RETARDATION 111
КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ	CONFERENCES. WORKSHOPS. SCHOOLS
VI ЛЬВІВСЬКІ ПСИХІАТРИЧНІ ЗУСТРІЧІ: «МІФИ, ЯКІ ЗАВЖДИ З НАМИ (АБО ДЕЯКІ АСПЕКТИ СУСПІЛЬНОГО БОЖЕВІЛЛЯ)» 114	VI LVIV PSYCHIATRIC MEETINGS: «MYTHS, WHICH ALWAYS WITH US (OR SOME ASPECTS OF SOCIAL MADNESS)»..... 114
ТЕЗИ	ABSTRACTS
<i>О. О. Древіцька, О. В. Дягіль</i> АКТУАЛЬНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ..... 116	<i>O. O. Drevitska, O. V. Dyagil</i> RELEVANCE OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES 116

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. Матеріали, подані англійською мовою, розглядаються першочергово та публікуються на спеціальних умовах.

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, науковий ступінь, вчене звання, місце роботи, e-mail кожного з авторів (подається трьома мовами – українською, російською та англійською);
- 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 інтервалу, 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:

- Індекс **УДК** (розширений; УДК виду: 616.89 – не допускаються).
- **Ініціали та прізвища авторів.**
- **Назва статті.**
- **Місце роботи авторів.**
- **e-mail.**
- **Резюме.** Подається трьома мовами (українською, російською та англійською) та має бути структурованим:
 - а) актуальність (background);
 - б) мета дослідження (objective);
 - в) матеріали та методи (materials and methods);
 - г) результати (results);
 - д) висновки (conclusions);
 - е) ключові слова (keywords) (до 5 слів).

Обсяг резюме має становити не менше **150 слів** (назва статті та ключові слова не враховуються). Ключові слова, що сприяють індексуванню статті в інформаційно-пошукових системах. Назва статті, резюме та ключові слова мають бути викладені трьома мовами (українською, російською, англійською).

- **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 зазначити 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 (СИ).
- **Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямі.** Висновки статті повинні бути її логічним завершенням та містити ключові позиції статті, які читач може взяти за інформативну основу.
- **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 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 (СИ) в українському / російському позначенні.

- **Список використаної літератури** формується двома блоками: традиційним та додатковим для закордонних баз даних.

Традиційний блок списку літератури оформлюється в один 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 публікацій (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».

Список літератури («References») для закордонних баз даних має відповідати за змістом та порядком розташування джерел списку літератури, оформленому згідно державних стандартів, та оформлюється за міжнародним бібліографічним стандартом APA (<http://www.bibme.org/citation-guide/APA/book>).

ПОРЯДОК РОЗГЛЯДУ ПУБЛІКАЦІЙ

- Усі статті, подані до редакційної колегії, підлягають рецензуванню.
- Відхилені у процесі рецензування рукописи авторам не повертаються. Статті, оформлені без дотримання вказаних правил, не розглядаються.
- Редакційна колегія правомірно 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 публікацією – латиницею, за прізвищем першого автора.

У випадку невиконання зазначених вище вимог матеріали публікуватися не будуть.

УВАГА! Статті та тези приймаються за електронною адресою jap.ukraine@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) 503-87-80.

ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ

УДК 616.89-082:614.2(477)

I. Ya. Pinchuk, Iu. V. Yachnik, A. K. Ladyk-Bryzgalova

COMMUNITY MENTAL HEALTH TEAMS FOR PEOPLE WITH MENTAL DISORDERS:
A PILOT PROJECT IN UKRAINEUkrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse
Ministry of Health of Ukraine, Kyiv
yuliaya4nik@gmail.com

Pilot project of mobile community mental health teams (mCMHT) for people with mental disorders was organized in four regions. The goal was to improve the quality of life and outcomes of people with mental disorders by providing comprehensive, specialized mental health care in community settings as an alternative to inpatient hospital care. Additionally project aimed to foster integration of mental health care into the primary health care system.

Objective: to compare the organization of the mCMHTs in four cities: their model of work, most common diagnoses of patients they work with, the methods of referral to the teams, their intervention types.

Materials and methods. Materials were collected from teams weekly data reports completed via online data collection system, patient **questionnaires**, site visits and interviews with specialists.

Results. Uneven coverage area, different available services and needs of the population formed the individual characteristics of each mCMHT. The possibility to adapt the general model of community-based care to the local context was an important condition for the effective operation of mobile teams as well as teams could concretize eligibility criteria, organize referral pathways and choose full or part time staff.

Conclusions. Community model had proven to be effective in the treatment of patients with severe mental disorders, patients who have no access to mental health services and internally displaced people with mental health problems. Furthermore, first experience of community based mental health service implementation showed not only the main gap which could be filled in, but also challenges which could appear. The limits are related to the large geographical territories which need to be addressed, to the incomplete knowledge of care and to the lack of support and cooperation with primary healthcare system, social services and local organizations taking care of people with mental disorders, stigmatization and community distrust to psychiatric services.

Keywords: mental health, community based, mobile community mental health teams, pilot project.

Background. Pilot project in Ukraine Mobile community mental health teams (mCMHT) for people with mental disorders started in January 2016 with support from WHO. Topicality of this project leads to current humanitarian crisis in Ukraine caused by military events, absent community-based services and limited mental health treatment provision at the primary care level.

The data acquired from monitoring of displaced and conflict – affected populations worldwide showed that this cohort is at risk of not only developing the specific stress – related disorders. The common mental disorders also have an increased incidence in this group [1-3]. Mental health care is provided mostly by state services which are still institutionalized and stigmatized. In the situation of military conflict strenuous activity of state psychiatric services still does not

cover all the needs of the population, and in some regions its activity is further complicated by the destruction of the hospital buildings, presence of a large number of internally displaced people (IDP) and the lack of services availability due to destroyed roads and checkpoints.

General practitioners are commonly undertrained in mental diseases recognition and treatment [4]. Non-government organizations (NGOs) also take their part in providing some mental health care to affected population but they often focus on trauma-related mental health problems and immediate consequences of stressful events [5, 6]. The communication between state mental health services and NGOs is very poor and everyone prefers to work separately.

The current international practice is to develop comprehensive community-based mental health care and switch away

from institutionalized care [7-10]. The main differences are not only in the structure of services but also in the principles and objectives that govern the way in which service providers perform their work and position their clients in relation to themselves. Community-based mental health care is one part of a balanced, comprehensive mental health system which incorporates primary care services and inpatient services. Strong linkages and formal referral pathways between each element of the service system are vital to ensure continuity of care for patients. Also services aim to coordinate and collaborate with the various agencies and service providers relevant to the needs of those with mental illness in the local community, in order to improve access to services and increase social inclusion.

In January 2016 the pilot project Mobile community mental health teams (mCMHT) for people with mental disorders was initiated with the support of WHO in four regions of Ukraine: Odesa, Dnipro, Sumy, Slavyansk.

Subsequently a project was developed aiming to improve the quality of life and outcomes of people with mental disorders by providing comprehensive, specialized mental health care in community settings as an alternative to inpatient hospital care and to foster integration of mental health care into the primary health care system. Also project aimed to introduce and test a model of community-based mental health care which could be scaled up over time to form a part of the greater mental health reform process.

This paper aims to provide a brief description of the model of care and to highlight the main differences in organization of work of mCMHT in four pilot sites in Ukraine. Also we shall emphasize on the aspects paramount in providing mental health care and the obstacles that might arise during the process.

Objective: to compare the organization of the mobile community teams in four cities: their model of work, most common diagnoses of patients they work with, the methods of referral to the teams, their intervention types.

Materials and methods

Materials were collected from teams weekly data reports completed via online data collection system, patient **questionnaires**, site visits and interviews with specialists.

Results

The initial model of care was developed in consultation with local stakeholders to ensure sensitivity to the context. This initial model was then presented to the teams in each site and adapted as necessary depending on local factors including the structure of existing services, perceived gaps in service delivery and access, geography and workforce availability.

1. The general model of care

Aims and objectives of the mCMHT

MCMHTs perform the following distinct and important functions as required:

- provision of biological and psychosocial interventions for individuals experiencing severe mental disorders with the objective to prevent hospital admission, minimize disability and improve functioning;
- provision of focused support for FD and other primary medical service providers in order to improve their ca-

capacity in dealing with patients who have moderate and mild mental disorders.

Management

Direct management by Chief Doctors of the regional psychiatric services.

Service provision and office base

Services can be provided in the community (home visits, field visits to local medical facilities etc) and in the mCMHT office which can be based in regional psychiatric dispensaries or rehabilitation centers.

Staffing

Teams consist of psychiatrists, nurses, social workers and psychologists, who received short-term training in multidisciplinary team management, main principles of community based care and goals of the project. Additionally teams received regular supervision. Team coordinator role was given to one or two of the team members.

Referrals

Referrals can be accepted from family physicians and other primary health care staff, hospital psychiatrists, outpatient psychiatrists, social services, family, self-referral.

Eligibility

Individuals, requiring treatment and care for psychosis or other severe mental disorders either recently discharged from hospital or at risk of hospitalization, or people experiencing a significant decrease in functioning due to the impact of a severe mental disorder, or people unable to access outpatient services because of any reason are eligible for treatment at a mCMHT. Eligibility criteria were specified by each team with priority to IDPs, conflict-affected communities, people who cannot access mental health services or individuals with first episode of psychosis.

Case-finding and linkages

Chief Doctors and team coordinators decided how to organize cooperation with potential local referrers (FD, outpatient and inpatient psychiatrists, psychological and social services, NGOs, school counselors, student polyclinics etc). Methods used: letters, callings, meetings with coordinator / team members, conferences, flyers etc.

Interventions

Bio-psychosocial interventions were guided by treatment plan developed by team staff along with patient (including medications and psychosocial support to patients and their families).

2. Differences in work organization and functioning in mCMHTs

Different social and geographic background as well as range of local mental health services substantially influenced the choice of service model. The management staff and teams themselves contributed to the process of adaptation.

Table 1 provides an overview of the differences of team models in four pilot sites.

Discussion

The possibility to adapt the general model of community-based care to the local context was an important condition for the effective operation of mobile teams. Uneven coverage area, different available services and needs of the population formed the individual characteristics of each of the teams.

Table 1. Differences in work organization and functioning in mCMHTs

Components influencing work organization	Location			
	Odesa	Slavyansk	Dnipro	Sumy
Local context	- Relatively developed outpatient and rehabilitation services; - many camps with internally displaced people (IDP)	- Near the fighting area; - main psychiatric facility was destroyed by shelling; - many roadblocks complicate patient's access to services	- Developing outpatient and rehabilitation services, whole mental health system still old-fashioned ; - many international targeted projects aimed to improve rehabilitation services; - many IDPs	- Developing outpatient and rehabilitation services, whole mental health system still old-fashioned ; - lack of international targeted projects aimed to improve rehabilitation services
Office base	Rehabilitation service	Regional psychiatric dispensary	Regional psychiatric dispensary	Regional psychiatric dispensary
Service provision	Half of the team provides outreach services (home visits and field visits to IDP camps) and another half provides services at the team office	Predominantly outreach services	Predominantly at the team office (preferable by patients)	Predominantly at the team office (preferable by patients)
Catchment area	≈200 sq km+ distant field visits	≈1500 sq km	≈200 sq km	≈100 sq km
	corresponds to 100-150 000 population			
Staff	Full-time: 1 social worker Half-time: 2 psychiatrists 2 psychologists 3 nurses 1 driver	Full-time: 1 psychiatrist 1 psychologist 1 nurse 1 social worker 1 driver	Half-time: 3 psychiatrists 2 psychologists 2 nurses 1 social worker 1 driver	Full-time: 1 social worker 1 psychologist Half-time: 2 psychiatrists 2 nNurses 1 driver
Coordinator	Medical deputy of the Chief Doctor and nurse from the team	Psychiatrist and nurse from the team	Psychiatrist from the team	Nurse from the team
Referrals	Patient 76 % Inpatient hospital 3 % Other 5 % Not reported 17 %	Patient 35 % Family member 21 % Family doctor 17 % Outpatient psychiatrist 19 % Inpatient hospital 3 % Other 6 %	Outpatient psychiatrist 83 % Family member 2 % Patient 1 % Family doctor 1 % Other services 13 %	Outpatient psychiatrist 23 % Patient 11 % Family member 17 % Family doctor 5 % Other 3 % Not reported 41 %
Case-finding	Flyers and proactive callings and meetings with potential local referrers (FD, social services, outpatient and inpatient psychiatrists) which were conducted by team coordinator	Flyers, local media and proactive meetings with potential local referrers (FD, social services, outpatient and inpatient psychiatrists) which were conducted by all specialists from the team (separately)	Team mostly used existing network of referral pathways	Flyers and calls by Chief Doctor to potential local referrers (FD, outpatient and inpatient psychiatrists), team mostly used existing links with outpatient services
Eligibility criteria	Individuals with serious mental disorders, particularly those at risk of hospitalization or recently discharged from hospital, with priority to IDPs and people who need more intensive support than standard outpatient services can provide	Individuals with serious mental disorders, particularly those at risk of hospitalization or recently discharged from hospital, with priority to IDPs, conflict-affected communities and people who cannot access mental health services	Individuals with first episode psychosis (psychotic disorder duration of up to 5 years)	Severe mental health disorders, priority is given to Individuals with first episode psychosis and people who need more intensive support than standard outpatient services can provide
Most common diagnoses according initial assessments	Schizophrenia 19 % Anxiety disorder 5 % Depressive disorder 1 % Acute psychotic episode 1 % Other psychosis 1 % Substance abuse 1 % Other 71 %	Schizophrenia 24 % Depressive disorder 17 % Anxiety disorder 14 % PTSD 5 % Adjustment disorder 5 % Other psychosis 4 % Bipolar disorder 2 % Acute psychotic episode 1 % Personality disorder 2 % Substance abuse 1 % Other 21 %	Acute psychotic episode 55 % Schizophrenia 13 % Anxiety disorder 7 % Depressive disorder 6 % Other psychosis 6 % Bipolar disorder 3 % Personality disorder 2 % Acute stress 1 % Adjustment disorder 1 % Other 1 %	Schizophrenia 40 % Anxiety disorder 12 % Acute psychotic episode 10 % Other psychosis 9 % Depressive disorder 7 % Personality disorder 3 % Bipolar disorder 2 % PTSD 2 % Substance abuse 2 % Other 10 %
Consultations provided	≈ 204 per month	≈ 109 per month	≈ 51 per month	≈ 111 per month
	Estimated from number of client visits during 9 months (medical, psychological, psychosocial, family interventions and secondary consultations)			

In general, a pilot project has shown the efficiency of mCMHTs working with patients with serious mental disorders. Mostly, team worked with patients with psychotic disorders or severe anxiety and depressive disorders. Evaluation of the results showed a significant increase of patients' social functioning, as well as patients' satisfaction of a new form of work (according to interviews and questionnaires). Patients willingly participated in the project and the main referral source was self-referral.

Team's staff also rated this project as effective mode of work with psychiatric patients. Noting, however, that it is resource – consuming due to the necessity of adjustment to the new work model, to a pilot project status (not legislated) and to a greater intensity of work with the patient.

Trainings and supervisions were another important strategy aimed to support teams and increase their efficacy.

Variations in the model adopted by the different cities provided valuable information about the elements that were successful. For example: full-time employment of at least part of the specialists in the team, proactive personal and team meetings with potential stakeholders, using flyers and leaflets to increase self-referrals and awareness in the community, communication with broad network of organizations which can deal with people with mental disorders, using unmarked vehicles, involving management staff to coordinator position. Adequate communication with FD created the conditions for better detection of primary psychiatric disorders. However, secondary consultations were rare, because FD have little desire to keep patients with mental disorders in their practice (according to interviews with team members).

Another decisions hindered implementation at the operational level. Among them were: too strict eligibility criteria, part-time employment of all specialists, field visits to regions where initial medical examination was not carried out and where the team had to perform a greater amount of work consulting many people without mental disorders.

The limits are related to the large geographical areas which need to be addressed, to the incomplete knowledge of care and to the lack of support and cooperation with primary healthcare system.

Other drawbacks included the fact that project was temporary and hence patients did not want to join it as well as specialists did not want to refer their patients because of not knowing what will be next; large geographical areas which need to be addressed; incomplete knowledge of principles and methodology of community based care and need for additional training; lack of awareness and ability to identify mental illness among family doctors; lack of support and cooperation with primary healthcare system and NGOs; stigma and deficiency of public awareness.

Lessons learned:

1. Strong and active support of medical directors and local authorities is crucial for effective implementation of mCMHTs.

2. New referral pathways must be organized. The current system of referrals cannot be relied on.

At least part of the mCMHT should be represented by the full-time employed staff. Staff should be properly trained.

3. Special attention should be paid to communication with GP and this algorithm should be regulated legislatively.

4. Cooperation with NGOs must be encouraged.

5. Proactive case-finding should also accept the possibility of patient self-referral.

6. The staff should be properly trained and supervisions are necessary.

7. Efforts should be made to decrease stigmatization and raise public awareness.

Conclusions

The pilot project showed the effectiveness of the mobile community mental health care for people with severe mental disorders and with impaired social functioning or difficulties in access to mental health services. Also, this first experience outlined the main difficulties that may arise in further implementation. Such difficulties can be overcome by creating competent legal framework, educating mental health specialists and general practitioners and by raising public awareness and decreasing stigmatization.

Perspectives for further research

In the future it is necessary to continue the assessment of effectiveness of the mCMHTs in long term perspective, as well as to evaluate the features of the implementation of community based mental health care in other regions.

References

- Jong, J. T., Komproe, I. H., & van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet*, vol. 361, no. 9375, pp. 2128–2130. DOI:10.1016/S0140-6736(03)13692-6.
- Epping-Jordan, J. E., van Ommeren, M., Ashour, H. N., Maramis, A., Marini, A., Mohanraj, A., ... Saxena, S. (2015). Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *International Journal of Mental Health Systems*, vol. 9 (15). DOI:10.1186/s13033-015-0007-9. Retrieved from: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0007-9>. (Accessed 17.06.2016).
- Priebe, S., Bogic, M., Ajdukovic, D., Franciskovic, T., Galeazzi, G. M., Kucukalic, A., ... Schützwohl, M. (2010). Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Archives of General Psychiatry*, vol. 67, issue 5, pp. 518–528. DOI:10.1001/archgenpsychiatry.2010.37.
- Becker, T., & Vazquez-Barquero, J. L. (2001). The European perspective of psychiatric reform. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 104, issue s410, pp. 8–14. DOI:10.1034/j.1600-0447.2001.1040s2008.x.
- Tol, W. A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., ... van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *The Lancet*, vol. 378, no. 9802, pp. 1581–1591. DOI:10.1016/S0140-6736(11)61094-5.
- van Ommeren, M., Saxena, S., & Saraceno, B. (2005). Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 83, no. 1, pp. 71–75.
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2013). The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 202, issue 4, pp. 246–248. DOI:10.1192/bjp.bp.112.111377.
- The European Mental Health Action Plan 2013–2020*. (2013). World Health Organization. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Acion-Plan-2013-2020.pdf. (Accessed 17.06.2016).
- Thornicroft, G., & Tansella, M. (2003). *What are the arguments for community-based mental healthcare?* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report). Retrieved from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/74710/E82976.pdf. (Accessed 17.06.2016).
- Killaspay, H. (2006). From the asylum to community care: learning from experience. *British Medical Bulletin*, no. 79–80 (1), pp. 245–258. DOI:10.1093/bmb/ldl017.

Список використаної літератури

- Jong J. T. Common mental disorders in postconflict settings / J. T. Jong, I. H. Komproe, M. van Ommeren // *The Lancet*. – 2003. – vol. 361, no. 9375. – P. 2128–2130.
- Epping-Jordan J. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective / J. E. Epping-Jordan, M. van Ommeren, H. N. Ashour, A. Maramis et al. // *International Journal of Mental Health Systems*. – 2015. – Vol. 9 (15). Режим доступу: <https://ijmhs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13033-015-0007-9> (дата звернення: 17.06.2016).

3. Priebe S. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries / S. Priebe, M. Bogic, D. Ajdukovic [et al.] // Archives of General Psychiatry. – 2010. – Vol. 67, issue 5. – P. 518-528.
4. Becker T. The European perspective of psychiatric reform / T. Becker, J. L. Vazquez-Barquero // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 2001. – vol. 104, Issue 5410. – P. 8-14.
5. Tol W. A. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research / W. A. Tol, C. Barbui, A. Galappatti [et al.] // The Lancet. – 2011. – Vol. 378, no. 9802. – P. 1581-1591.
6. van Ommeren M. Mental and social health during and after acute emergencies: emerging consensus? / M. van Ommeren, S. Saxena, B. Saraceno // Bulletin of the World Health Organization. – 2005. – Vol. 83, no. 1. – P. 71-75.
7. Thornicroft G. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare / G. Thornicroft, M. Tansella // The British Journal of Psychiatry. – 2013. – Vol. 202, issue 4. – P. 246-248.
8. World Health Organization. The European Mental Health Action Plan 2013-2020. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2013. Режим доступу: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf (дата звернення: 17.06.2016).
9. Thornicroft G. What are the arguments for community-based mental healthcare? / G. Thornicroft, M. Tansella. – Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report), 2003. Режим доступу: <http://www.euro.who.int/document/E82976.pdf> (дата звернення: 17.06.2016).
10. Killaspy H. From the asylum to community care: learning from experience / H. Killaspy // British Medical Bulletin. – 2006. – No. 79-80 (1). – P. 245-258.

СПІЛЬНОТНІ БРИГАДИ З ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДЛЯ ОСІБ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ: ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ В УКРАЇНІ

І. Я. Пінчук, Ю. В. Ячник, А. К. Ладик-Брызгалова

Мобільні спільнотні бригади з охорони психічного здоров'я (МСБОПЗ) для осіб з психічними розладами організовані в чотирьох регіонах України. Метою проекту є покращення якості життя та функціонування осіб, хворих на психічні розлади, шляхом забезпечення комплексної спеціалізованої допомоги за місцем проживання в якості альтернативи госпіталізації. Крім того, проект був спрямований на сприяння інтеграції охорони психічного здоров'я в систему первинної медико-санітарної допомоги.

Мета даної роботи – провести порівняння організаційних моделей роботи МОБПЗ у чотирьох пілотних регіонах: місцевий контекст, особливості роботи, найпоширеніші діагнози пацієнтів, з якими вони працюють, методи, напрямки, типи втручання.

Матеріали і методи дослідження: щотижневі он-лайн звіти МОБПЗ, опитувальники для пацієнтів, матеріали, отримані за результатами відвідування пілотних регіонів та інтерв'ю з фахівцями.

Результати. Різниця в обсязі зони покриття, доступних послугах та потребах населення сформувала індивідуальні особливості кожної МОБПЗ. Можливість адаптувати загальну модель спільнотної допомоги до місцевого контексту стала важливою умовою для ефективної роботи бригад з урахуванням можливості конкретизувати критерії включення, організувати шляхи направлення та обрати повну чи часткову зайнятість персоналу.

Висновки. МСБОПЗ довели свою ефективність при лікуванні хворих з тяжкими психічними розладами, що супроводжуються значним зниженням соціального функціонування, а також пацієнтів, які тимчасово не мають доступу до послуг з охорони психічного здоров'я і внутрішньо переміщених осіб з проблемами психічного здоров'я. Крім того, перший досвід показав бар'єри, які можуть виникнути на шляху подальшої імплементації спільнотної форми допомоги. Обмеження пов'язані з великою площею територій, які повинні бути охоплені, недостатнім знанням нової форми роботи, відсутністю підтримки і співпраці з первинною ланкою медичної допомоги, соціальними службами та організаціями, що можуть займатися особами, які мають психічні розлади, а також стигматизацією та недовірою з боку спільноти до психіатричної служби.

Ключові слова: психічне здоров'я, спільнотні бригади, мобільна спільнотна бригада з охорони психічного здоров'я, пілотний проект.

ОБЩИННЫЕ БРИГАДЫ ПО ОХРАНЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ЛИЦ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ: ПИЛОТНЫЙ ПРОЕКТ В УКРАИНЕ

И. Я. Пинчук, Ю. В. Ячник, А. К. Ладик-Брызгалова

Мобильные общинные бригады по охране психического здоровья (МОБОПЗ) для лиц с психическими расстройствами организованы в четырех регионах Украины. Целью проекта является улучшение качества жизни и функционирования лиц, страдающих психическими расстройствами, путем обеспечения комплексной специализированной помощи по месту жительства в качестве альтернативы госпитализации. Кроме того, проект был направлен на содействие интеграции охраны психического здоровья в систему первичной медико-санитарной помощи.

Цель данной работы – провести сравнение организационных моделей работы МОБПЗ в четырех пилотных регионах: местный контекст, особенности работы, наиболее распространенные диагнозы пациентов, с которыми они работают, методы, направления, типы вмешательства.

Материалы и методы исследования: еженедельные он-лайн отчеты МОБПЗ, опросники для пациентов, материалы, полученные по результатам посещения пилотных регионов и интервью со специалистами.

Результаты. Разница в территориальном охвате, доступных услугах и потребностях населения сформировала индивидуальные особенности каждой МОБПЗ. Возможность адаптировать общую модель общинной помощи к местному контексту стала важным условием для эффективной работы бригад с учетом возможности конкретизировать критерии включения, организовать пути направления и выбрать полную или частичную занятость персонала.

Выводы. МОБОПЗ доказали свою эффективность при лечении больных с тяжелыми психическими расстройствами, сопровождающимися значительным снижением социального функционирования, а также пациентов, которые временно не имеют доступа к услугам по охране психического здоровья и внутренне перемещенных лиц с проблемами психического здоровья. Кроме того, первый опыт показал барьеры, которые могут возникнуть на пути дальнейшей имплементации общинной формы помощи. Ограничения связаны с большой площадью территорий, которые должны быть охвачены, недостаточным знанием новой формы работы, отсутствием поддержки и сотрудничества с первичным звеном медицинской помощи, социальными службами и организациями, которые могут заниматься лицами, имеющими психические расстройства, а также стигматизацией и недоверием со стороны сообщества к психиатрической службе.

Ключевые слова: психическое здоровье, общинные бригады, мобильная общинная бригада по охране психического здоровья, пилотный проект.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2016 р.

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, Sc.D., Senior researcher, Director of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

YACHNIK Iuliia Viktorivna, MD, researcher of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

LADYK-BRYZGALOVA Alisa Kostiantynivna, MD, PhD-student of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: ant.87193@gmail.com

ПІНЧУК Ірина Яківна, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ЯЧНИК Юлія Вікторівна, науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

ЛАДИК-БРИЗГАЛОВА Аліса Костянтинівна, аспірант УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: ant.87193@gmail.com

ПІНЧУК Ірина Яковлевна, д.мед.н., с.н.с., директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (УНДИ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ЯЧНИК Юлия Викторовна, научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: yuliaya4nik@gmail.com

ЛАДЫК-БРИЗГАЛОВА Алиса Константиновна, аспирант УНДИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: ant.87193@gmail.com

І. Я. Пінчук¹, О. О. Петриченко², О. В. Колодежний¹, І. Ф. Здорик¹, О. О. Древіцька¹
**ЗАХВОРЮВАНІСТЬ І ПОШИРЕНІСТЬ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ ВНАСЛІДОК
 ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН СЕРЕД УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ
 ОПЕРАЦІЇ В УКРАЇНІ ЗА ПЕРШЕ ПІВРІЧЧЯ 2016 РОКУ**

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

²Державний заклад «Центр медичної статистики МОЗ України», м. Київ
 kolodezhny@ukr.net

Актуальність. Участь в АТО може викликати психогенні порушення. Поширеним варіантом небезпечної поведінки, спрямованої на «подолання» дистресу, залишається вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (ПАР). З огляду на це показники захворюваності та поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР потребують моніторингу та оцінки їх динаміки.

Мета – оцінити захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР учасниками АТО в Україні у першому півріччі 2016 року.

Матеріали та методи. Проаналізовано захворюваність і поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин учасниками АТО в Україні за перше півріччя 2016 року за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати. За I півріччя 2016 року під диспансерний нагляд у наркологічних заклади охорони здоров'я було взято 240 учасників АТО, що склало 1,42 % від усієї кількості осіб, які надійшли під диспансерний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед учасників АТО на кінець I півріччя складала 633 особи або 0,12 % поширеності аналогічних захворювань серед усього населення. За I півріччя 2016 року у наркологічних стаціонарах проліковано (вибуло) 653 учасники АТО з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР, шифр F10–F19. Середня тривалість перебування учасників АТО у стаціонарі складала 11 днів.

Висновки. Залежна поведінка та розлади психіки і поведінки внаслідок вживання ПАР мають несприятливі медико-соціальні наслідки, тому особливого значення набуває профілактична і лікувальна робота, спрямована на своєчасне виявлення та лікування осіб, які мають залежність від ПАР. Аналіз наведених у статті статистичних показників сприятиме розробці відповідної стратегії і тактики щодо охорони психічного здоров'я бійців і ветеранів АТО.

Ключові слова:
 розлади психіки та поведінки, вживання психоактивних речовин, медична статистика, учасники АТО.

Актуальність. Участь в АТО може викликати психогенні порушення [1, 4]. Поширеним варіантом небезпечної поведінки, спрямованої на «подолання» дистресу, залишається вживання алкоголю та інших психоактивних речовин (ПАР) [2–4]. Вживання психоактивних речовин (далі – ПАР) змінює психофізичний стан людини, а при систематичному прийомі може викликати психічну та фізичну залежність. Для встановлення діагнозу залежності від ПАР необхідне виявлення синдрому зміненої реактивності організму на дію даної психоактивної речовини (зникнення захисних реакцій, зміна толерантності, форми споживання і форми сп'яніння); синдрому психічної

залежності (обсесивний потяг, відчуття психічного дискомфорту при наркотичному сп'янінні); синдрому фізичної залежності (компульсивний потяг, втрата контролю над дозою, абстинентний синдром, фізичний комфорт при наркотичному сп'янінні).

Генетичні та сімейні аспекти відіграють важливу роль у виникненні залежностей. Депресивний стан, особливо у чоловіків молодого віку, посилює ризик виникнення залежності від ПАР.

Українські військовослужбовці, які перебувають у зоні АТО, несуть на собі особливий тягар тривалого надзвичайного психоемоційного навантаження, внаслідок

чого нерідко виявляють ознаки психічних порушень, зокрема посттравматичних стресових розладів і порушень депресивного кола [1, 4], що складає передумову для вживання ПАР [2, 4–6].

Мета – оцінити захворюваність та поширеність розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин учасниками АТО в Україні у першому півріччі 2016 року.

Матеріали та методи дослідження

Проаналізовано захворюваність та поширеність розладів психіки і поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин учасниками АТО в Україні за перше півріччя 2016 року за даними державних та галузевих статистичних звітів закладів охорони здоров'я України. Методи дослідження – аналітичний, статистичний.

Результати та їх обговорення

Захворюваність. За I півріччя 2016 року під диспансерний нагляд у наркологічні заклади охорони здоров'я надійшло 240 учасників АТО. Їх відсоток склав 1,42 % від кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом за цей період.

З усієї кількості учасників АТО кількість сільських жителів була 94 особи (39,2 %), що складало 1,41 % від усіх сільських жителів населення України, взятих під диспансерний нагляд за цей період; кількість учасників АТО віком 15–34 років включно (молодь) – 88 осіб (36,7 %), що склало 1,46 % від усіх осіб України, віднесених до молоді, які надійшли під диспансерний нагляд протягом I півріччя 2016 року.

У структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед учасників АТО переважали синдром залежності та синдром відміни, що відносяться до хронічного алкоголізму. Вони спостерігалися у 190 осіб (79,2 %). Серед усього населення з аналогічними розладами частка учасників АТО складала 1,36 %.

Синдром залежності та синдром відміни спостерігалися у 87 представників сільського населення (40,5 %); у 69 осіб з числа молоді (35,8 %), у 9 осіб пенсійного віку (3,9 %), які брали участь в АТО.

З хронічним алкоголізмом тісно пов'язаний стан відміни, що має перебіг з делірієм, психотичними розладами (шифр F10.4, F10.5). Їх частка серед захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР у учасників АТО – 1,75 % (42 особи); 4,13 % серед усіх з цим діагнозом.

Серед учасників АТО стан відміни з делірієм, психотичними розладами спостерігався у 7 осіб – сільських жителів (це 16,7 %); у 14 осіб з числа молоді (33,3 %), та у 1 особи пенсійного віку (2,4 %).

Захворюваність на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин учасниками АТО за I півріччя 2016 року склала 3,33 % від показника усієї захворюваності внаслідок вживання ПАР серед учасників АТО (8 осіб) і 0,44 % захворюваності на розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин усього населення за той же період. 4 особи захворіли через вживання опіоїдів, 3 – через вживання поєднаних ПАР; половина з 8 осіб, які захворіли, припадає на молодь; 1 особа – пенсійного віку (12,5 %).

Поширеність (диспансерна група). Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед учасників АТО на кінець I півріччя 2016 року складала 633 особи або 0,12 % поширеності аналогічних захворювань серед усього населення України. З них сільських жителів було 225 осіб (або 35,6 %), кількість осіб, віднесених до молоді – 285 (45,0 %), кількість пенсіонерів – 24 особи, або – 3,8 %.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР серед учасників АТО, як і серед усього населення України, переважали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, шифри F10.2, F10.3 – 86,9 % або 550 осіб, серед усього населення з аналогічними розладами – 0,12 %.

Серед учасників АТО сільські жителі складали 38,7 % (213 осіб); на осіб молодого віку припадало 45,3 % (249 осіб), кількість осіб пенсійного віку – 4,2 % (23 особи); за статтю – жінки складали 0,36 % (2 особи).

Поширеність психотичних розладів (алкогольних психозів) серед учасників АТО складала 9,6 % (61 особа) від усієї кількості учасників АТО з розладами психіки внаслідок вживання ПАР. У її структурі на частку сільських жителів припадало 18,0 % (11 осіб); на молодь – 34,4 % (21 особа); на осіб пенсійного віку – 1,6 % (1 особа).

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин серед учасників АТО на кінець I півріччя 2016 року становила 3,5 % (22 особи) від усієї кількості учасників АТО з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР, що складало 0,04 % поширеності розладів психіки внаслідок вживання наркотичних речовин серед усього населення. З них 1 особа була з числа сільських жителів (4,6 %), 15 осіб з числа молоді (68,2 %) 1 особа – пенсійного віку (4,6 %).

Розподіл за наркотичними речовинами був наступним: 50,0 % припадало на поєднане споживання наркотичних та інших ПАР (11 осіб), 45,5 % – на опіоїди (10 осіб), 4,6 % – на канабіноїди (1 особа).

З учасників АТО, які були взяті під диспансерний нагляд у I півріччі 2016 року через вживання наркотичних речовин, 75,0 % віднесені до споживачів ін'єкційних наркотиків (6 осіб з 8); серед учасників АТО, які перебували під наглядом на кінець I півріччя 2016 року через вживання наркотичних речовин, 54,6 % віднесені до споживачів ін'єкційних наркотиків (12 осіб з 22).

Склад учасників АТО у наркологічних стаціонарах. За I півріччя 2016 року у наркологічних стаціонарах проліковано (вибуло) 653 особи з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАР (шифр F10–F19). З них 83,8 % (547 осіб) мали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (хронічний алкоголізм та алкогольні психози, шифр F10.2–F10.9).

У структурі хронічного алкоголізму та алкогольних психозів переважали стан відміни (шифр F10.3) – у 49,4 % (270 осіб), та синдром залежності (шифр F10.2) – у 45,3 % (248 осіб), і лише у 6,6 % випадків (3 особи) мали місце стан відміни з делірієм, психотичні розлади; в 0,18 % випадків (1 особа) спостерігався амнестичний синдром (шифр F10.6, F10.7).

За I півріччя у наркологічних стаціонарах проліковано 55 учасників АТО, які мали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин (8,4 %

від усіх учасників АТО, які вибули зі стаціонару). З них 1 особа пролікована через стан відміни з делірієм внаслідок вживання наркотиків (1,8 % від кількості осіб, які мали розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин).

50 учасників АТО проліковані у стаціонарі через гостру інтоксикацію та розлади психіки зі шкідливими наслідками через вживання алкоголю (7,7 % від загального числа учасників АТО, які вибули зі стаціонару). З них 3 особи перенесли гостру інтоксикацію з делірієм (6,0 % від кількості осіб з гострою інтоксикацією внаслідок вживання алкоголю).

Всього у наркологічному стаціонарі учасниками АТО було проведено 7 101 ліжко-день, середня тривалість перебування в стаціонарі становила 11 днів. Слід звернути увагу, що найбільша середня тривалість перебування учасників АТО з розладами психіки та поведінки була внаслідок вживання наркотичних речовин – 15 днів.

Тривалість перебування учасників АТО з іншими розладами психіки та поведінки була наступною: 12 днів – стаціонарне лікування осіб зі станом відміни через вживання алкоголю (шифр F10.2); 13 днів – осіб зі станом відміни з делірієм, психотичними розладами (шифр F10.4,5); 9 днів лікувалися пацієнти з гострою інтоксикацією через вживання алкоголю (шифр F10.0,1); 10 днів – з гострою інтоксикацією з делірієм через вживання алкоголю (шифр F10.03).

Висновки

1. За І півріччя 2016 року під диспансерний нагляд у наркологічні заклади охорони здоров'я було взято 240 учасників АТО, або 1,42 % від усієї кількості осіб, взятих під диспансерний нагляд з уперше в житті встановленим діагнозом.

2. Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання ПАВ серед учасників АТО на кінець І півріччя складала 633 особи або 0,12 % поширеності аналогічних захворювань серед усього населення.

3. За І півріччя 2016 року у наркологічних стаціонарах проліковано (вибуло) 653 учасники АТО з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання ПАВ, шифр F10–F19. Середня тривалість перебування учасників АТО у стаціонарі складала 11 днів.

Залежна поведінка та розлади психіки і поведінки внаслідок вживання ПАВ мають несприятливі медико-соціальні наслідки, тому особливого значення на-

буває профілактична і лікувальна робота, спрямована на своєчасне виявлення та лікування осіб, які мають залежність від ПАВ. Аналіз наведених у статті статистичних показників сприятиме розробці відповідної стратегії і тактики охорони психічного здоров'я бійців і ветеранів АТО.

Список використаної літератури

1. Богомолец О. В. Поширеність та структура посттравматичних психічних порушень у учасників бойових дій / О. В. Богомолец, І. Я. Пінчук, А. К. Ладик-Бризгалова // *Архів психіатрії*. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 11–15.
2. Alexander D. A. First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors / D. A. Alexander, S. Klein // *Prehospital and Disaster Medicine*. – 2009. – Vol 24, issue 2. – P. 87–94.
3. Benedek D. M. First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers / D. M. Benedek, C. Fullerton, R. J. Ursano // *Annual Review of Public Health*. – 2007. – Vol. 28. – P. 55–68. DOI:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037.
4. Структура захворюваності та поширеність реакцій на важкий стрес та порушення адаптації в Україні у першому півріччі 2016 року / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодежний [та ін.] // *Архів психіатрії*. – 2016. – Т. 22, № 3 (86). – С. 15–19.
5. Project VALOR: design and methods of a longitudinal registry of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat-exposed veterans in the Afghanistan and Iraqi military theaters of operations / R. C. Rosen, B. P. Marx, N. N. Maserejian [et al.] // *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. – 2012. – Vol. 21, issue 1. – P. 5–16. DOI:10.1002/mpr.355.
6. Wilkins K. C. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian and specific versions / K. C. Wilkins, A. Lang, S. B. Norman // *Depression and Anxiety*. – 2011. – Vol. 28, issue 7. – P. 569–606. DOI:10.1002/da.20837.

References

1. Bohomolets, O. V., Pinchuk, I. Ya., & Ladyk-Bryzgalova, A. K. (2016). Poshyrenist ta struktura posttravmatychnykh psykichnykh porushen v uchasyknykh boiovykh dii [Prevalence and structure of post-traumatic mental disorders of combatants]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 2 (85), pp. 11–15.
2. Alexander, D. A., & Klein, S. (2009). First responders after disasters: a review of stress reactions, at-risk, vulnerability, and resilience factors. *Prehospital and Disaster Medicine*, vol. 24, issue 2, pp. 87–94.
3. Benedek, D. M., Fullerton, C., & Ursano, R. J. (2007). First responders: mental health consequences of natural and human-made disasters for public health and public safety workers. *Annual Review of Public Health*, vol. 28, pp. 55–68. DOI:10.1146/annurev.publhealth.28.021406.144037.
4. Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., Zdoryk, I. F., & Drevitska, O. O. (2016). Struktura zakhvoriuvannosti ta poshyrenist reaktsii na vazhkyi stres ta porushennia adaptatsii v Ukraini u pershomu pivrichchi 2016 roku [Structure of morbidity and prevalence of reaction to severe stress and adjustment disorders in Ukraine in the first six months 2016]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 22, no. 3 (86), pp. 15–19.
5. Rosen, R. C., Marx, B. P., Maserejian, N. N., Holowka, D. W., Gates, M. A., Sleeper, L. A., ... Keane, T. M. (2012). Project VALOR: design and methods of a longitudinal registry of post-traumatic stress disorder (PTSD) in combat-exposed veterans in the Afghanistan and Iraqi military theaters of operations. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 21, issue 1, pp. 5–16. DOI:10.1002/mpr.355.
6. Wilkins, K. C., Lang, A., & Norman, S. B. (2011). Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian and specific versions. *Depression and Anxiety*, vol. 28, issue 7, pp. 569–606. DOI:10.1002/da.20837.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ РАССТРОЙСТВ ПСИХИКИ И ПОВЕДЕНИЯ ВСЛЕДСТВИЕ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ СРЕДИ УЧАСТНИКОВ АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ В УКРАИНЕ ЗА ПЕРВОЕ ПОЛУГОДИЕ 2016 ГОДА

И. Я. Пинчук, О. А. Петриченко, А. В. Колодежний, И. Ф. Здорик, О. О. Древицкая

Актуальность. Участие в АТО может вызвать психогенные нарушения. Распространенным вариантом опасного поведения, направленного на «преодоление» дистресса, остается употребление алкоголя и других психоактивных веществ (ПАВ). В связи с этим показатели заболеваемости и распространенности расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ требуют мониторинга и оценки их динамики.

Цель – оценить заболеваемость и распространенность расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ участниками АТО в Украине в первом полугодии 2016 года.

Материалы и методы. Проанализирована заболеваемость и распространенность расстройств психики и поведения вследствие употребления психоактивных веществ участниками АТО в Украине за первое полугодие 2016 года по данным государственных и отраслевых статистических отчетов учреждений здравоохранения Украины. Методы исследования – аналитический, статистический.

Результаты. За I полугодие 2016 года под диспансерное наблюдение в наркологические учреждения здравоохранения поступило 240 участников АТО, или 1,42 % от всего количества лиц, поступивших на диспансерный учет с впервые в жизни установленным диагнозом. Распространенность расстройств психики и поведения вследствие употребления ПАВ среди участников АТО на конец I полугодия составляла 633 человека, или 0,12 % распространенности аналогичных заболеваний среди всего населения Украины. За I полугодие 2016 года в наркологических стационарах пролечено (выбыло) 653 участника АТО с расстройствами психики и поведения вследствие употребления ПАВ (шифр F10–F19). Средняя продолжительность пребывания участников АТО в стационаре – 11 дней.

Выводы. Зависимое поведение и расстройства психики и поведения вследствие употребления ПАВ имеют неблагоприятные медико-социальные последствия, поэтому особое значение приобретает профилактическая и лечебная работа, направленная на своевременное выявление и лечение лиц, имеющих зависимость от ПАВ. Анализ указанных в статье статистических показателей будет способствовать разработке соответствующей стратегии и тактики по охране психического здоровья бойцов и ветеранов АТО.

Ключевые слова: расстройства психики и поведения, употребление психоактивных веществ, медицинская статистика, участники АТО.

INCIDENCE AND PREVALENCE OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS DUE TO USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES
AMONG THE PARTICIPANTS OF THE ANTITERRORIST OPERATION IN UKRAINE FOR THE FIRST HALF OF 2016

I. Ya. Pinchuk, O. O. Petrychenko, O. V. Kolodezhny, I. F. Zdoryk, O. O. Drevitska

Background. Participation in the anti-terrorist operation (ATO) leads to psychogenic disorders. A common variant of dangerous behavior, aimed "to overcome" the distress, is alcohol and other psychoactive substances. In view of this incidence and prevalence of mental and behavioral disorders due to substance use require monitoring and evaluation of their dynamics.

Objective – to evaluate the incidence and prevalence of mental and behavioral disorders due to psychoactive substances use of ATO participants in Ukraine in the first half of 2016.

Material and methods. According to the data of government and industry statistical reports Ukraine's health facilities, we analyzed the incidence and prevalence of mental and behavioral disorders due to psychoactive substances use of ATO participants in Ukraine in the first six months of 2016. For this we used analytical and statistical methods.

Results. During the first half of 2016, 240 ATO participants has been taken under dispensary observation in narcological establishments, representing 1.42% of the total number of persons, who came under dispensary observation with newly diagnosed. The prevalence of mental and behavioral disorders due to substance use among participants ATO at the end of the first half amounted to 633 persons or 0.12% prevalence of similar diseases among the population. 653 participants ATO with mental and behavioral disorders due to psychoactive substances (code F10-F19) use have been treated (retired) in narcological hospitals during the first half of 2016. The average length of stay in hospital of ATO participants was 11 days.

Conclusion. Dependent behavior and mental disorders and behavior due to substance use have adverse health and social consequences. Therefore particularly important prophylactic and therapeutic work aimed at early detection and treatment of persons with dependence due to substance use. The analysis of presented in the article statistical indicators, facilitate the development of appropriate strategies and tactics for the mental health of soldiers and veterans ATO.

Keywords: mental disorders and behavior, substance abuse, medical statistics, members of ATO.

Стаття надійшла до редакції: 15.09.2016 р.

ПИНЧУК Ірина Яківна, д.мед.н., с.н.с., директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: undisspn@ukr.net

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Олександрівна, лікар-статистик Державного закладу «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ

КОЛОДЕЖНИЙ Олексій Вікторович, завідувач наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ЗДОРІК Ірина Федорівна, к.мед.н., старший науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ДРЕВИЦЬКА Оксана Остапівна, д.мед.н., доцент, провідний науковий співробітник наукового організаційно-методичного та інформаційно-аналітичного відділу УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ; e-mail: drevitska@ukr.net

ПИНЧУК Ирина Яковлевна, д.мед.н., с.н.с., директор Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (УНИИ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: undisspn@ukr.net

ПЕТРИЧЕНКО Ольга Александровна, врач-статистик Государственного учреждения «Центр медицинской статистики Министерства здравоохранения Украины», г. Киев, Украина

КОЛОДЕЖНЫЙ Алексей Викторович, заведующий научным организационно-методическим и информационно-аналитическим отделом УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ЗДОРІК Ирина Федоровна, к.мед.н., старший научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

ДРЕВИЦКА Оксана Остаповна, д.мед.н., доцент, ведущий научный сотрудник научного организационно-методического и информационно-аналитического отдела УНИИ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: drevitska@ukr.net

PINCHUK Iryna Yakivna, MD, Sc.D., Senior researcher, Director of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: undisspn@ukr.net

PETRYCHENKO Olga Oleksandrivna, Physician-statistician of the State Institution «Center for Health Statistics Ministry of Health of Ukraine», Kiev, Ukraine

KOLODEZHNY Oleksii Viktorovych, Head of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: kolodezhny@ukr.net

ZDORYK Iryna Fedorivna, MD, PhD, Senior research officer of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: ifzdoryk@gmail.com

DREVITSKA Oksana Ostapivna, MD, Sc.D., docent, Leading researcher of the Scientific, Organizational, Methodological and Information-Analytical Department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: drevitska@ukr.net

СОЦІАЛЬНА ПСИХІАТРІЯ

УДК [616.594.14-06:616.8]-055.2-085.851

К. В. Аймедов¹, В. В. Живилко²

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОГРАМИ ПСИХОСОЦІАЛЬНОГО СУПРОВОДУ ЖІНОК З АЛОПЕЦІЄЮ ТА АНАЛІЗ ЇЇ ЕФЕКТИВНОСТІ

¹ Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса² Консультативне відділення центру реконструктивної та відновної медицини (клініка ОНМедУ МОЗ України), м. Одеса

psyhotip@gmail.com

Актуальність. Випадання волосся є однією з найпоширеніших проблем дерматології. Виявлення психічних розладів у пацієнтів з алопецією є важливим етапом обстеження та терапії даної групи дерматологічних хворих.

Мета – розробити програму психосоціального супроводу жінок з тотальною алопецією на основі вивчення психоемоційних, особистісних характеристик та особливостей їх соціального функціонування.

Матеріали та методи. З дотриманням принципів біоетики та деонтології впродовж 2013–2016 років на базі Центру реконструктивної та відновної медицини клініки Одеського національного медичного університету МОЗ України було проведено комплексне обстеження жінок зі встановленим діагнозом «тотальна алопеція». В процесі дослідження використано комплекс методів: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

Результати. Проведено оцінку психоемоційного стану жінок з алопецією, визначено основні показники, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації на особистісному рівні та рівні соціального функціонування. У 100,00 % обстежених відмічено зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя на рівні соціального функціонування. Виділено мішені психокорекційного впливу, які були покладені в основу створення програми психосоціального супроводу з використанням елементів тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, раціонально-емотивної терапії (РЕТ-терапії), когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та соціально-психологічного тренінгу.

Висновки. Застосування програми психосоціального супроводу дозволило покращити усі показники на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування у більшості (90,79 %) пацієнток з алопецією ($p \leq 0,05$).

Ключові слова:

алопеція, програма психосоціального супроводу, психокорекція, психоемоційний рівень, особистісний рівень, сфера соціального функціонування.

Актуальність. До сьогоднішнього дня алопеція (випадання волосся) залишається надзвичайно актуальною проблемою, яка посідає вагомe місце в сфері шкірної патології [9]. Проведений аналіз літератури дає змогу стверджувати, що виявлення психічних розладів у пацієнтів з алопецією є важливим етапом обстеження та терапії даної групи дерматологічних хворих [5]. Комплексне використання медикаментозної і немедикаментозної корекції виявлених відхилень дозволяє поліпшити психоемоційний стан пацієнтів, знизити ризики виникнення тяжких форм різних психогенів та уникнути соціальної дезадаптації, що сприятиме до-

сягненню позитивної клінічної динаміки та підвищенню якості життя хворих [1, 3, 10].

Показання до психотерапії визначаються роллю психологічного чинника в етіопатогенезі захворювання, а також можливими наслідками перенесеного раніше або поточного захворювання [9]. Чим більша питома вага психологічного фактора, тим більше показана психотерапія і тим вагоміше місце вона посідає в системі лікувальних впливів [2, 6].

До сьогоднішнього дня алопеція залишається надзвичайно актуальною медико-психологічною проблемою [4]. Ранній початок, виражений клінічний поліморфізм,

нерідко тяжкий перебіг, соціальна та психологічна дезадаптація, торпідність до проведеної терапії, необхідність постійного лікарського моніторингу роблять цю проблему значущою для практичної охорони здоров'я [1, 8].

Мета – розробити програму психосоціального супроводу жінок з тотальною алопецією на основі вивчення психоемоційних, особистісних характеристик та особливостей їх соціального функціонування.

Об'єктом дослідження були клініко-психопатологічні особливості хворих з алопецією.

Предмет дослідження – психоемоційні, особистісні, соціально-психологічні особливості жінок, які страждають на алопецію.

Матеріали та методи дослідження

На базі Університетської клініки Одеського національного медичного університету за умови інформованої згоди було обстежено 114 жінок з алопецією, які склали основну групу дослідження (ОГ). У контрольну групу (КГ) було відібрано 62 умовно здорових жінки відповідного віку.

У процесі дослідження використано комплекс методів, а саме: теоретичний (теоретико-методологічний аналіз проблеми, систематизація даних літературних джерел, їх порівняння та узагальнення), соціально-демографічний, клініко-психопатологічний (спостереження, структуроване інтерв'ю), психодіагностичний (психологічне тестування), статистичний.

Для вивчення стану психоемоційної сфери пацієнтів, які страждають на алопецію, використано наступні психодіагностичні тестові методики: Госпітальна шкала тривоги та депресії (HADS), розроблена А. S. Zigmond і R. P. Snaith у 1983 р., призначена для скринінгового виявлення тривоги і депресії у хворих, опитувальник Басса-Дарки, експрес-діагностика К. Хека і Х. Хесса, призначена для діагностики ймовірності невроту у досліджуваних, за її допомогою можна розрізнити три форми невроту: неврастенію, істерію (істеричний невроз) і невроз нав'язливих станів. Властивості особистості досліджували за Фрайбурзьким особистісним опитувальником (за J. Fahrenberg, H. Selg, R. Hampel, 2001 року). Наявність ірраціональних установок вивчали за допомогою тесту А. Елліса [7]. Особливості самооцінки хворих на алопецію аналізували з використанням методики «Особистісний диференціал».

Для дослідження психосоціальних особливостей також застосовували методику діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана (модифікація В. В. Бойко) [7] та тест соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда.

Для оцінки якості життя пацієнтів використовували опитувальник SF-36 (The Short Form-36) [7], який дозволив визначити загальний рівень благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я.

Результати та їх обговорення

Визначено дезадаптивні характеристики, які були притаманні жінкам з алопецією та проявлялись на психоемоційному й особистісному рівнях, а також у сфері соціального функціонування. На психоемоційному рівні

мали місце високі показники за рівнями невротичності (85,51 %) та ворожості (84,06 %), які чинили найнегативніший вплив на адаптивні механізми особистості. На особистісному рівні 100,00 % досліджених пацієнток мали ірраціональні настанови щодо власної хвороби, її наслідків, прогнозу, лікування, а також дезадаптивні когніції щодо своєї особистості, потенціалу та можливості активно впливати на власний стан та змінювати поточну ситуацію. На рівні соціального функціонування зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища, виявлено у всіх жінок з алопецією.

Визначені дезадаптивні характеристики стали мішенями психокорекційної роботи (рис. 1).



Рис. 1. Мішені та методи психокорекційного впливу

Мішенями психотерапевтичного втручання були когнітивна модальність (активація особистісних ресурсів пацієнта); модальність відчуттів (вироблення навичок управління клінічними симптомами та емоційним реагуванням з приєднанням до позитивних відчуттів); поведінкова модальність (апробація й закріплення адаптивної поведінки); а також модальність міжособистісних стосунків (ресурсна проробка конфліктних та стресогенних ситуацій, пов'язаних зі стосунками пацієнта з найближчим оточенням).

На початковому етапі психологічного консультування відбувалось встановлення контакту з пацієнтом, виявлення його очікувань та укладання психотерапевтичного контракту. Визначався бажаний результат психотерапії, який формулювався як запит клієнта.

Наступний етап консультування був орієнтований на вирішення проблеми. Завданнями психолога на цьому етапі були зміна та розширення уявлення клієнта про себе і про інших, допомога у пошуку альтернативних варіантів вирішення проблеми. На цьому етапі аналізувались неконструктивні патерни поведінки, ірраціональні настанови, що призвели до життєвих труднощів, та розглядались можливі варіанти вирішення цих труднощів.

На етапі активного втручання відбувався психокорекційний вплив на визначені дезадаптивні патопсихологічні патерни поведінки та ірраціональні настанови з метою змінити й закріпити адаптивні копінгі. На цьому етапі проводилась когнітивно-поведінкова терапія (КПТ) з елементами раціонально-емотивної терапії (PET).

Проведені заходи когнітивно-поведінкової психотерапії охоплювали широке коло питань щодо регуляції вегетативних проявів і емоцій, невротичних конфліктів особистості, психосоматичних співвідношень, ідеомоторних та ідеосенсорних реакцій. Проведення когні-

тивно-поведінкової психотерапії хворих з алопецією дозволяло розширити їх уявлення про хворобу і способи лікування; розвинути і поглибити позитивний психотерапевтичний контакт; мобілізувати захисні ресурси особистості хворих і мотивовано оволодіти необхідними психогігієнічними та психопрофілактичними знаннями і навичками. В процесі надання психокорекційної допомоги також використовували деякі технології арт-терапії, зокрема проєктивний малюнок.

Ефективність проведеного психокорекційного комплексу оцінювали шляхом порівняння змін, які відбулися в основних групах та у групах порівняння до та після терапії. На цьому етапі були повторно застосовані психодіагностичні методики, які використовувались на початковому етапі дослідження.

Ефективність проведених заходів психосоціального супроводу було доведено завдяки впровадженню ретестування досліджених жінок ОГ та КГ після терапії (табл. 1).

Після терапії в ОГ спостерігали статистично достовірні позитивні зміни психоемоційних і особистісних характеристик та особливостей соціального функціонування. На психоемоційному рівні достовірно зменшився рівень невротичності (на 6,1 бала), знизились індекси ворожості (на 39,9 бала) та агресивності (на 23,5 бала), значно зменшилась інтенсивність проявів депресивності (на 4,3 бала) та тривожності (на 3,8 бали).

На особистісному рівні в ОГ достовірно зменшились прояви дратівливості (на 5,7 бала) та емоційної лабільності (на 4,1 бала), збільшились значення за показниками комунікабельності (на 1,5 бала) та врівноваженості (на 2,0 бали). До проведення терапії 100,00 % осіб з алопецією мали ірраціональні настанови різного характеру, які вдалось подолати та замінити раціональними когніціями завдяки використанню, зокрема, раціонально-емотивної терапії. Позитивні зміни, які мали статистичну достовірність, відбулися в ОГ також на рівні соціального функціонування. Підвищилися загальний показник якості життя та його значення за окремими складовими (фізичне функціонування – на 8,8 бала, загальне здоров'я – на 17,8 бала, життєздатність – на 17,4 бала, соціальне функціонування – на 24,3 бала, психічне здоров'я – на 15,3 бала).

До початку дослідження у 100,00 % осіб ОГ виявляли ознаки дезадаптації, середній показник за шкалою адаптації складав 21,5 бала. У результаті проведення заходів психосоціального супроводу цей показник підвищився на 4,0 бали. Також підвищилися значення за шкалами самоприйняття – на 13,5 бала, прийняття інших – на 9,3 бала та емоційного комфорту – на 12,8 бала. Зменшились показники соціальної фрустрованості щодо рівнів задоволення взаєминами з колегами – на 0,8 бала, задоволення стосунками з чоловіком – на 1,0 бал, задоволення стосунками з дитиною – на 0,8 бала, задоволення стосунками з друзями/знайомими – на 0,7 бала та задоволення своїм способом життя в цілому – на 1,1 бала.

Деякі зміни відбулися в КГ на етапі після терапії, порівняно з етапом до терапії, проте вони були незначними та не мали статистичної достовірності ($p > 0,05$). Ефективність проведених заходів психосоціального супроводу доводить також порівняння відповідних показників у ОГ та КГ на етапі після терапії, яке свідчить про вияв-

лену в ОГ статистично достовірну вагомішу позитивну динаміку змін дезадаптивних характеристик на психоемоційному, особистісному рівнях та рівні соціального функціонування, порівняно з КГ.

Вищезазначене свідчить, що розроблена та впроваджена програма психосоціального супроводу жінок з алопецією є ефективною та дозволяє домогтися покращення психоемоційного стану пацієнток, сформувати у них адаптивні патерни поведінки, підвищити рівень загальної адаптації та якості життя.

Висновки

1. Після оцінки психоемоційного стану жінок з алопецією та виділення основних показників, що впливають на формування психосоціальної дезадаптації пацієнток на особистісному рівні та рівні соціального функціонування, було виявлено прояви психосоціальної дезадаптації у обстеженого контингенту на момент первинного обстеження.

2. У всіх обстежених (100,00 %) відмічено зниження загальної соціально-психологічної адаптації та якості життя на рівні соціального функціонування, що було обумовлено не об'єктивною ситуацією, пов'язаною з фактором захворювання, а суб'єктивним ставленням до себе, хвороби та оточуючого середовища.

3. Виявлення дезадаптивних характеристик у жінок з алопецією дозволило виділити мішені психокорекційного впливу, з урахуванням яких було побудовано програми психосоціального супроводу з використанням елементів тілесно-орієнтованої терапії, арт-терапії, РЕТ-терапії, когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) та соціально-психологічного тренінгу.

4. У результаті проведення програми психосоціального супроводу в більшості досліджених пацієнток з алопецією (90,79 %) виявлено покращення результатів за всіма показниками на психоемоційному, особистісному рівнях та у сфері соціального функціонування.

Список використаної літератури

1. Волклавська В. М. Інформаційний лист МОЗ України № 260-2010: Терапія atopічного дерматиту та псоріазу в інтермітуючому режимі / В. М. Волклавська, О. В. Горбенко, О. Л. Гутнев // Укрмедпатентінформ. – 2010.
2. Калюжна Л. Д. Інформаційний лист МОЗ України № 175-2008: Щоденний догляд за сухою шкірою у хворих на хронічні дерматози / Л. Д. Калюжна, Е. О. Мурзіна // Укрмедпатентінформ. – 2008.
3. Карманное руководство к МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследованием диагностическими критериями) [под ред. Дж. Э. Купера] / пер. с англ. Д. Полтавца. – К.: Сфера, 2000. – 464 с.
4. Психодіагностичні особливості когнітивних розладів серед хворих працездатного віку із соматичними захворюваннями / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, В. Б. Михайлов [та ін.] // Медичинська психологія. – 2012. – № 4. – С. 68–74.
5. Марута Н. А. Личность больного в формировании резистентности невротических расстройств / Н. А. Марута, И. А. Явдак, Е. С. Черднякова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, Вип. 2 (83). – С. 116–117.
6. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукач. – Вінниця: [Б. в.], 2010. – 135 с.
7. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Бахрах-М, 2002. – 672 с.
8. Itami S. The role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle / S. Itami, S. Inui // J. Invest. Dermatol. Symp. Proc. – 2005. – Vol. 10, issue 3. – P. 209–211.
9. Kantor J. Decreased serum ferritin is associated with alopecia in women / J. Kantor, L. J. Kessler, D. G. Brooks // J. Invest. Dermatol. – 2003. – Vol. 121, issue 5. – P. 985–988.
10. Khadavi A. Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia / A. Khadavi [et al.] // Exploratory research. – 2004. Печать доступна: http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen_Clinical_Study.pdf (дата звернення: 17.09.2016).

Таблиця 1. Ефективність заходів психосоціального супроводу, (сер. бал)

Критерії оцінки		ОГ (n=76)	КГ (n=62)
Психоемоційний рівень			
Невротичність	до	8,6	8,1
	після	2,5**	5,2*
Індекс ворожості	до	91,4	86,7
	після	51,5**	73,2*
Індекс агресивності	до	62,0	63,1
	після	38,5**	53,8*
Депресивність	до	5,3	5,6
	після	1,0**	2,6*
Тривожність	до	6,2	6,3
	після	2,4**	5,1*
Особистісний рівень			
Дратівливість	до	8,6	8,8
	після	2,9**	6,4*
Комунікабельність	до	2,4	2,5
	після	3,9**	3,0*
Врівноваженість	до	2,1	2,2
	після	4,1**	2,8*
Емоційна лабільність	до	7,8	8,3
	після	3,7**	6,6*
Ірраціональна настанова обвинувачення себе	до	12,7	12,9
	після	23,1	14,2
Ірраціональна настанова обвинувачення інших	до	13,2	13,4
	після	21,2	15,4
Ірраціональна настанова самооцінки та раціональності мислення	до	14,8	14,9
	після	23,8	17,6
Рівень соціального функціонування			
Рівень задоволення взаєминами з колегами	до	2,6	2,6
	після	1,8**	2,4*
Рівень задоволення стосунками з чоловіком	до	3,4	3,3
	після	2,4**	3,1*
Рівень задоволення стосунками з дитиною (дітьми)	до	2,8	2,8
	після	2,0**	2,7*
Рівень задоволення стосунками з друзями, знайомими	до	2,6	2,7
	після	1,9**	2,5*
Рівень задоволення своїм способом життя в цілому	до	2,7	2,7
	після	1,6**	2,3*
Адаптація	до	21,4	21,6
	після	35,4	24,8
Самоприйняття	до	24,0	23,8
	після	37,5	26,3
Прийняття інших	до	24,6	24,4
	після	33,9	26,7
Емоційний комфорт	до	17,7	17,8
	після	30,5	20,1
Фізичне функціонування	до	72,1	72,7
	після	80,9**	75,1*
Загальне здоров'я	до	67,5	68,9
	після	85,3**	70,4*
Життєздатність	до	66,2	67,2
	після	83,6**	70,8*
Соціальне функціонування	до	58,1	58,9
	після	82,4**	62,9*
Психічне здоров'я	до	75,9	74,7
	після	91,2**	78,1*

Примітки: * – різниця між групами є достовірною, $p \leq 0,05$; ** – різниця між показниками до/після є достовірною, $p \leq 0,05$.

References

1. Volkoslavskaya, V. M., Horbenko, O. V., & Hutniev, O. L. (2010). Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 260-2010: Terapiia atopichnoho dermatytu ta psoriazu v intermituiuchomu rezhymi [Newsletter Ministry of Health of Ukraine № 260-2010: Treatment of atopic dermatitis and psoriasis in intermittent mode]. Ukrmedpatentinform. (In Ukrainian).
2. Kaliuzhna, L.D., & Murzina, E. O. (2008). Informatsiyni lyst MOZ Ukrainy № 175-2008: Shchodennyi dohliad za sukhoiu shkiiroiu u khvorykh na khronichni dermatozy [Newsletter Ministry of Health of Ukraine № 175-2008: Daily care of dry skin in patients with chronic dermatoses]. Ukrmedpatentinform. (In Ukrainian).
3. Cooper, J. E. (1994). Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders With Glossary and Diagnostic Criteria for Research. World Health Organization, 448 p. (Russ. ed.: Poltavac D. (2000). Klassifikatsiya psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv s glossariem i issledovatel'skimi diagnosticheskimi kriterijami (IDK): karmannoe rukovodstvo k MKB-10. Kyiv, Sfera, 464 p.).
4. Kozhyna, H.M., Hryhorova, I. A., Korostii, V. I., Tovazhnianska, O.L., Rezunenko, Yu. K., Mykhailov, V.B., ... Isaenko, S. V. (2012). Psykhodiahnostychni osoblyvosti kohnityvnykh rozladiv sered khvorykh pratsezdatoho viku iz somatychnymy zakhvoriuvanniamy [Psychodiagnostic peculiarities of cognitive disorders in patients of able-to-work age with somatic diseases]. *Medichinskaia psihologija – Medical psychology*, vol. 7, no. 4, pp. 68-74. (In Ukrainian).
5. Maruta, N. O., Yavdak, I. O., & Cheredniakova, O. S. (2015). Lichnost' bol'nogo v formirovani rezistentnosti nevroticheskikh rasstrojstv [Personality of the patient in the formation of resistance of neurotic disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 116-117. (In Russian).
6. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., & Stukan, L. V. (2010). Medychna psykhoholiiia [Medical Psychology]. Vinnytsia, 135 p. (In Ukrainian).
7. Rajgorodskij, D. Ja. (2002). Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah–M, 672 p. (In Russian).
8. Itami, S., & Inui, S. (2005). The role of androgen in mesenchymal epithelial interactions in human hair follicle. *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.*, vol. 10, issue 3, pp. 209–211. DOI: 10.1111/j.1087-0024.2005.10107.x.
9. Kantor, J., Kessler, L. J., & Brooks, D. G. (2003). Decreased serum ferritin is associated with alopecia in women. *J. Invest. Dermatol.*, Vol. 121, issue 5, pp. 985–988. DOI: 10.1046/j.1523-1747.2003.12540.x.
10. Khadavi, A. A. et al. (2004). Clinical evaluation of drug Revivogen topical to treat men and women with androgenic alopecia. Exploratory research. Retrieved from: http://www.revivogen.gr/images/stories/pdf/Revivogen_Clinical_Study.pdf (accessed 17.09.2016).

ОСОБЕННОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ ПСИХОСОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ЖЕНЩИН С АЛОПЕЦИЕЙ И АНАЛИЗ ЕЁ ЭФФЕКТИВНОСТИ

К. В. Аймедов, В. В. Живилко

Актуальность. Выпадение волос является одной из самых распространенных проблем дерматологии. Выявление психических расстройств у пациентов с алопецией является важным этапом обследования и терапии данной группы дерматологических больных.

Цель – разработать программу психосоциального сопровождения женщин с тотальной алопецией на основе изучения психоэмоциональных, личностных характеристик и особенностей их социального функционирования.

Материалы и методы. С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии в течение 2013–2016 годов на базе Центра реконструктивной и восстановительной медицины клиники Одесского национального медицинского университета МЗ Украины было проведено комплексное обследование женщин с установленным диагнозом «тотальная алопеция». В процессе исследования использован комплекс методов: теоретический (теоретико-методологический анализ проблемы, систематизация данных литературных источников, их сравнение и обобщение), социально-демографический, клинико-психопатологический (наблюдение, структурированное интервью), психодиагностический (психологическое тестирование), статистический.

Результаты. Проведена оценка психоэмоционального состояния женщин с алопецией, определены основные показатели, влияющие на формирование психосоциальной дезадаптации на личностном уровне и уровне социального функционирования. У 100,00 % обследованных отмечено снижение общей социально-психологической адаптации и качества жизни на уровне социального функционирования. Выделены мишени психокоррекционного воздействия, которые легли в основу построения программы психосоциального сопровождения с использованием элементов телесно-ориентированной терапии, арт-терапии, РЕТ-терапии, когнитивно-поведенческой терапии (КПТ) и социально-психологического тренинга.

Выводы. Применение программы психосоциального сопровождения позволило улучшить все показатели на психоэмоциональном, личностном уровнях и в сфере социального функционирования у большинства (90,79 %) пациенток с алопецией.

Ключевые слова: алопеция, программа психосоциального сопровождения, психокоррекция, психоэмоциональный уровень, личностный уровень, сфера социального функционирования.

FEATURES OF IMPLEMENTATION OF THE PROGRAMME OF PSYCHOSOCIAL SUPPORT WOMEN WITH ALOPECIA AND ANALYSIS OF ITS EFFECTIVENESS

C. V. Aymedov, V. V. Zhyvylo

Background. Hair loss is one of the most common problems of dermatology. The identification of mental disorders in patients with alopecia is an important stage in the examination and therapy of this group of dermatological patients.

Objective: to develop a program of psychosocial support for women with total alopecia on the basis of studying psycho-emotional, personal characteristics and the characteristics of their social functioning.

Materials and methods. In compliance with the principles of bioethics and deontology, in 2013–2016 we conducted a comprehensive examination of women with the established diagnosis of «total alopecia» on the basis of Center of Reconstructive and Regenerative Medicine of the clinic of Odesa National Medical University Ministry of Health of Ukraine. In the process of research a set of methods was used: theoretical (theoretical and methodological analysis of the problem, systematization of data from literary sources, their comparison and generalization), socio-demographic, clinical-psychopathological (observation, structured interview), psychodiagnostic (psychological testing), statistical.

Results. The evaluation of the psychoemotional state of women with alopecia was carried out, the main indicators influencing the formation of psychosocial disadaptation at the personal level and the level of social functioning were determined. In 100.00% of the surveyed, the overall socio-psychological adaptation and quality of life decreased at the level of social functioning. Targets of psychocorrectional exposure were selected, which formed the basis for the construction of a psychosocial support program using elements of bodily-oriented therapy, art therapy, rational-emotive therapy, cognitive behavior therapy (CBT), and socio-psychological training.

Conclusions. The application of the program of psychosocial support allowed to improve all indicators at the psychoemotional, personal levels and in the sphere of social functioning in the majority (90.79%) of patients with alopecia.

Keywords: alopecia, psychosocial support program, psychocorrection, psychoemotional level, personal level, sphere of social functioning.

Стаття надійшла до редакції 23.10.2016 р.

АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України (ОНМедУ МОЗ України), м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

ЖИВИЛКО Володимир Володимирович, лікар консультативного відділення центру реконструктивної та відновної медицини (клініка ОНМедУ МОЗ України) м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

АЙМЕДОВ Константин Владимирович, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи Одесского национального медицинского университета МЗ Украины (ОНМедУ МЗ Украины), г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com

ЖИВИЛКО Владимир Владимирович, врач консультативного отделения центра реконструктивной и восстановительной медицины (клиника ОНМедУ МЗ Украины), г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com

AYMEDOV Constantin Volodymyrovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odessa National Medical University Ministry of Health of Ukraine (ONMU MHU), Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com

ZHYVYLKO Volodymyr Volodymyrovych, MD, doctor of consultation department of Center of Reconstructive and Regenerative Medicine (clinic of ONMU MHU), Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com

И. В. Калугин¹, Е. А. Хаустова²

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЕНСА У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

¹КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя»,
Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии
и наркологии МЗ Украины, г. Киев

²Национальный медицинский университет имени А. А. Богомольца, г. Киев
doct@hitline.net.ua

Актуальность. В статье сделаны выводы исследования, проведенного на базе геронтопсихиатрического отделения Мариупольской городской больницы и обзора литературы по изучению комплаенса у пациентов пожилого возраста. Термин «комплаенс» характеризует правильность выполнения больным рекомендаций врача: медикаментозного лечения, немедикаментозных процедур, точности выполнения диагностических и профилактических мероприятий, изменения образа жизни и т. п.

Цель – изучение взаимоотношений пациентов пожилого возраста с системой медицинской помощи для выявления факторов, влияющих на формирование их привязанности к фармакотерапии.

Материалы и методы. Проведено обследование 52 больных геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы, поступивших на стационарное лечение повторно в течение года, за период 2014–2015 гг. и 6 месяцев 2016 г. Проведена их клинико-демографическая характеристика и проанализировано мнение пациентов геронтопсихиатрического профиля относительно факторов, влияющих на их приверженность к терапии.

Результаты. Обнаружены положительные факторы, влияющие на формирование приверженности к терапии: социально-экономические, факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, факторы, связанные с назначенной терапией и состоянием пациента в настоящее время.

Выводы. Разработка основных методов повышения приверженности пациентов к терапии, общеобразовательных программ для пациентов пожилого и старческого возраста позволит повысить их приверженность к фармакотерапии, улучшит эффективность лечения, значительно уменьшит риск развития побочных эффектов, финансовую нагрузку и в целом улучшит качество жизни пожилых пациентов.

Ключевые слова:
полиморбидность,
комплаенс,
фармакотерапия,
пациенты геронто-
психиатрического
профиля.

Актуальность. Явление комплаенса и его значение для клинической практики играет важную роль в достижении целей, поставленных как врачом, так и пациентом. До середины XX века в медицине преобладал принцип патернализма [1], который предполагал, что каждый больной будет неукоснительно исполнять предписания врача. Действительно, большинство пациентов соблюдали рекомендации врачей, но постепенно ситуация изменилась и внимание медицинского сообщества все чаще стали привлекать случаи несоблюдения больными полученных рекомендаций. Этому явлению в 1976–1979 гг. D. Sackett и R. Haynes дали определение «комплаенс», на сегодня оно стало неотъемлемой частью оценки эффективности лечебного процесса в повседневной клинической практике и при проведении научных исследований.

Термин «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость) – это мера, характеризующая правильность выполнения больным рекомендаций врача: лекарственного лечения, нелекарственных процедур, точности выполнения диагностических и профилактических мероприятий, изменения образа жизни и т. д. В настоящее время кроме понятия «комплаенс» часто используют такие термины, как «приверженность лечению», «согласие с лечением», «терапевтическое сотрудничество», «терапевтический альянс» и другие. Эти термины описывают не только правильность соблюдения больными назначений врача и их согласие исполнять медицинские рекомендации, но и качество взаимоотношений пациентов с системой медицинской помощи (например, желание посещать медицинское учреждение, степень доверия к врачу и т. д.).

Перечисленные термины неравнозначны и в большей степени это связано с тем, что современные реалии не всегда позволяют выстраивать взаимоотношения врача и пациента на основании партнерства. Причинами этого являются особенности клинической картины или опасность некоторых заболеваний (психические расстройства, инфекции, заболевания, угрожающие жизни и др.), психологические особенности пациентов (склонность «навязывать» врачу «особое» мнение о лечении) или низкое качество организации медицинской помощи.

В обзоре ВОЗ «Приверженность длительной терапии: аргументы в пользу действий» [2] подробно описаны детерминанты приверженности и различные подходы, объясняющие этот феномен и позволяющие организовать воздействие на ее повышение у пациентов, а также направления организации такого воздействия. В качестве основных собственно психологических детерминант приверженности рассматривают три основные группы факторов [20]: поведение лиц, оказывающих медицинские услуги (не только врачи, но и весь контактирующий с пациентами медперсонал), особенности функционирования системы здравоохранения и характеристики пациентов.

Согласно оценке ВОЗ, примерно половина всех больных не соблюдают рекомендаций врача [21].

Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57 % [3]. В исследовании, проведенном аналитической компанией Comcon Synovate, менее 40 % опрошенных указали, что всегда выполняют предписания врача по приему лекарственных средств, 24 % респондентов не покупают препараты из-за дороговизны, а 19 % отклоняются от рекомендаций по собственному решению, иногда на основе рекомендаций фармацевта.

По оценке ВОЗ, в индустриально развитых странах лишь около 50 % пациентов, страдающих хроническими заболеваниями, достаточно длительное время точно соблюдают врачебные рекомендации, в развивающихся странах – еще меньше. В метаанализе, включающем 569 исследований за 50 лет (1948–1998 гг.), был определен средневзвешенный показатель комплаенса пациентов – 76 %, причем в зависимости от нозологии и картины болезни наблюдались значительные вариации. Наиболее высокие показатели были определены у ВИЧ-инфицированных пациентов и больных артритом (88 и 81 % соответственно), а наиболее низкие – у больных сахарным диабетом и нарушениями сна (68–66 %) [4].

Особые сложности с выполнением рекомендаций врача отмечались у пациентов с психическими патологиями: в среднем 50 % из них произвольно прекращают принимать назначенные им антидепрессанты через 3 месяца. При шизофрении средние показатели комплаенса составили, по данным разных исследований, от 50 до 60 %, а при биполярных расстройствах – даже 35 % [19, 22].

В 1991–2001 гг. в Великобритании (в этой стране при государственной поддержке традиционно проводятся широкомасштабные неинтервенционные клинко-экономические исследования применения медицинских технологий в рутинной практике) было проведено ко-

гортное изучение с участием врачей общей практики, которое показало, что при первичном лечении гипертензии прекращают назначенное лечение через полгода 20 % пациентов, а через год – еще 29 % [23].

В Германии также имеет место проблема нон-комплаенса по вине пациентов. Согласно сообщению ABDA (Федеральный союз аптечных ассоциаций), более 50 % всех отпущенных по рецептам лекарственных препаратов пациенты принимают не в соответствии с врачебными рекомендациями [23]. Этому вопросу посвящены регулярные исследования фонда Bertelsmann-Stiftung, в которых анализируются основные причины и частота отказов от приема назначенного лекарственного препарата. Хотя бы однажды не начинали применять препараты из-за боязни неблагоприятных побочных эффектов 10 % опрошенных, еще 17 % прекращали начатый прием по той же причине, 31 % сообщили, что забывали начать прием.

Невыполнение врачебных рекомендаций и назначений является частой причиной ухудшения состояния здоровья, особенно у пожилых больных. Экспертами ВОЗ были подробно проанализированы причины неадекватного выполнения врачебных рекомендаций. ВОЗ выделяет пять основных факторов, влияющих на приверженность к терапии [24].

1. Социально-экономические факторы, которые включают социально-экономический статус пациента, расу, военные действия на территории страны, возраст.

2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения: степень развития медицинской системы в целом, степень развития системы распределения медицинских услуг, образование медицинского персонала, система образования пациентов и длительность их наблюдения, время, отводимое на консультацию пациента.

3. Факторы, связанные с проводимой терапией, которые включают сложный режим приема препаратов, их количество, длительность лечения, частоту смены терапии, скорость достижения эффекта, побочные эффекты препарата.

4. Факторы, связанные с пациентом: знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, ожидания от лечения, забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов, привыкание к терапии, предыдущий опыт лечения.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента в данный момент: выраженность симптомов заболевания, скорость его прогрессирования, физическое, психическое, социальное состояние пациента, наличие сопутствующей патологии, наличие эффективных методов лечения.

Вопрос оценки комплаенса в настоящее время еще не решен. Каждый из предложенных методов оценки имеет определенные недостатки. В настоящее время используются: определение уровня лекарственных средств и их метаболитов в биологических жидкостях, подсчет количества неиспользованных пациентом таблеток, учет повторно выписанных рецептов или электронный мониторинг с помощью микропроцессора, вмонтированного в крышку ёмкости с лекарствами (метод, распространённый за рубежом) [5]. В условиях современной практической медицины эти методы обременительны, поэтому

на практике комплаенс чаще всего оценивают путем опроса и анкетирования пациента (во время беседы) или его родственников (в случае отказа больного общаться с врачом) [6].

В настоящее время прогрессирующее старение человеческой популяции – важнейшая проблема большинства стран мира. По результатам анализа данных Всемирной организации здравоохранения установлено, что пожилые люди (лица в возрасте 60 лет и старше) являются наиболее быстро увеличивающимся контингентом населения мира. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. их численность увеличится в 6 раз по сравнению с 1950 г., а к 2050 г. численность пожилых людей достигнет 2 миллиардов и превысит численность детей в возрасте до 14 лет [7].

Пожилые пациенты являются одними из ведущих потребителей лекарственных средств. Поэтому одной из важнейших задач современной гериатрии является обоснование эффективных и безопасных подходов к индивидуальному рациональному медикаментозному лечению с учётом возрастных особенностей стареющего, и, как правило, страдающего различными заболеваниями организма [8]. Люди пожилого и старческого возраста болеют чаще и имеют, как правило, не одно хроническое заболевание. В большинстве случаев каждое из них требует постоянной лекарственной терапии, поэтому понятие комплаенса для лиц пожилого и старческого возраста становится наиболее актуальным [9].

Как показали наблюдения, достигнуть комплаенса у пациентов пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами гораздо сложнее, чем у пациентов молодого и среднего возраста с соматическими заболеваниями. У пожилых больных с психозами отсутствует критическое отношение к своему состоянию [10]. Попытки оказания медицинской помощи воспринимаются ими как насилие и вызывают активное противодействие. Нежелание лечиться может быть связано с бредовым толкованием событий, например, назначение лекарств воспринимается как «отравление» с целью завладения имуществом. При депрессии пожилой пациент может не принимать лекарства не только из-за отсутствия критики, но и из-за выраженной двигательной заторможенности, обусловленной как психическим состоянием, так и возрастными изменениями организма.

Убедить больных самостоятельно принимать лекарства в период психоза или обострения заболевания почти невозможно, поэтому лечение проводится в стационаре. И только улучшение состояния с формированием критики способствует достижению комплаенса, больные начинают принимать лекарства сами и продолжают лечение амбулаторно. Однако при амбулаторном лечении терапевтическое сотрудничество обычно непродолжительно. Его «разрушение» может быть связано с развитием побочных эффектов, которые особенно тяжело переносятся пожилыми больными в домашних условиях, с опасением, что длительное лечение может повредить здоровью, со стигматизацией («лекарства не дают забыть о болезни») [11]. Это, в итоге, приводит к повторной госпитализации пациента в стационар.

При заболеваниях, сопровождающихся развитием слабоумия (атрофические процессы, сосудистые пораже-

ния головного мозга и др.), возможность формирования терапевтического сотрудничества очень низка из-за нарушений памяти, осмысления ситуации, снижения критики [12]. В этих случаях прием лекарств должен контролироваться родственниками больного, которым необходимо объяснить важность лечения и дать четкие инструкции относительно схемы терапии [13].

Очевидно, что некомплаентное поведение пожилых пациентов приводит к серьёзным медицинским последствиям, таким как недостаточная эффективность терапии, многократные пересмотры схемы лечения врачом, отсутствие дисциплинированности больного при выполнении рекомендаций, побочные эффекты лекарственных средств, разочарование врача в успехе лечения и появление мнения о «бесперспективности» больного, дискредитация системы медицинской помощи в глазах пациента.

В среднем, при клиническом обследовании больных в возрасте 60 лет и старше диагностируется не менее четырех – пяти различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях [14]. Именно полиморбидность заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Взаимовлияние заболеваний изменяет классическую клиническую картину, характер течения, увеличивает количество осложнений и их тяжесть, ухудшает качество жизни и прогноз, в итоге – затрудняет лечебно-диагностический процесс [22], а в конечном итоге – значительно снижает комплаенс во взаимоотношениях врача и пациента [15].

Соблюдение режима терапии у таких больных обеспечивается благодаря помощи близких или сиделок. У более сохранных больных полезно использовать специальные приспособления для приема лекарств и звуковые сигналы, напоминающие о времени их приема. Важно, чтобы лекарства хранились в доступном месте или на виду. Необходимо в понятной форме объяснить больному, как нужно принимать лекарства, предоставить четкие письменные инструкции [16]. Поддержанию терапевтического сотрудничества способствует активный патронаж таких больных на дому.

В одном из исследований показано, что несоблюдение врачебных рекомендаций по приему лекарств имело место у 40 % пожилых больных, в виду этого неоспорима роль врача в повышении комплаенса пожилого пациента к фармакотерапии. Для того, чтобы обеспечить должную приверженность пациента к лечению, врачу необходимо самому правильно оценивать цели проводимой терапии и быть настойчивым в их достижении. Поэтому вопрос фармакотерапии пациентов преклонного возраста и акцентирование внимания специалистов на особенностях проведения медикаментозного лечения этой группы больных в настоящее время является актуальным [17].

Как показывают наблюдения, нарушение комплаентных взаимоотношений между пациентами пожилого возраста с психической патологией и системой здравоохранения, как правило, приводит значимому ухудшению душевного состояния больных и последующей госпитализации в стационар. Значительное число повторных госпитализаций приходится именно на данную категорию пациентов. В лечении таких больных

огромную роль имеет их приверженность к терапии. Низкая приверженность является главной причиной уменьшения выраженности лечебного эффекта, существенно повышает вероятность развития осложнений, ведет к снижению качества жизни больных и увеличению затрат на лечение. То есть, наиболее показательной в данном случае является категория пожилых пациентов, которые поступили повторно за определенный период времени на стационарное лечение.

Цель – изучение состояния взаимоотношений между пациентами пожилого возраста с психическими расстройствами и системой медицинской помощи с целью определения факторов, влияющих на формирование их приверженности к фармакотерапии с помощью анкетирования по параметрам ВОЗ.

Материалы и методы исследования

С целью изучения факторов, влияющих на формирование приверженности к терапии у пациентов пожилого возраста, мы провели анкетирование 52 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы, поступивших на стационарное лечение за период 2014–2015 гг. и 6 месяцев 2016 г. В исследование включали только пациентов, имевших опыт неоднократных госпитализаций. Участие в опросе было анонимным и добровольным. Применяемая анкета-опросник была посвящена факторам, влияющим на приверженность к терапии (ВОЗ, 2003) [24]. Анкета состоит из 26 вопросов. Варианты ответов представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, соответственно обозначенным факторам. В социологических исследованиях при невозможности применения стандартных опросников для проведения исследования и его дальнейшей оценки пользовались различными стандартными измерительными шкалами [18]. Так как цель исследования преследовала оценку отношения пациентов к факторам, влияющим на приверженность к терапии по данным ВОЗ, то вопросами данной анкеты являются сами факторы, влияющие на приверженность пациентов к лечению, по мнению экспертов ВОЗ, а варианты ответов были представлены ранговой шкалой самооценки с пятью позициями, содержащей симметричное распределение положительных и отрицательных оценок отношения к изучаемому фактору с равным числом положительных и отрицательных позиций шкалы, разделенных нулевой (нейтральной) позицией [18]. Шкала самооценки является разновидностью шкалы установок. При ответе на каждый вопрос пациент мог выбрать одно из возможных утверждений, отражающих его мнение по поводу того или иного фактора. При анализе результатов учитывали общее количество ответов каждого пациента по каждой группе вопросов, а каждому ответу присваивали баллы, при этом положительные и отрицательные результаты были симметричны.

Результаты и их обсуждение

Нами было установлено, что за указанный период в больницу повторно поступили всего 730 пациентов (что составило 8,6 % от общего числа поступивших больных). Из них количество пациентов геронтопсихиатрического отделения, поступивших повторно, составило 52 чело-

века (10,3 % от общего числа пациентов, поступивших в геронтопсихиатрическое отделение) (табл. 1).

Для определения основных факторов, влияющих на приверженность пациентов геронтопсихиатрического отделения к терапии, была проведена их клинико-демографическая характеристика (табл. 2).

Таблица 1. Количество пациентов, поступивших в Мариупольскую психиатрическую больницу за 2014 – 1-е полугодие 2016 г.

	Количество пациентов	2014 г.	2015 г.	6 мес 2016 г.	Всего
По больнице	Абс.	325	299	106	730
	%	3,9	3,6	1,3	8,6
По ГПО	Абс.	18	23	11	52
	%	3,6	4,6	2,2	10,3

Таблица 2. Клинико-демографическая характеристика обследованных пациентов

Критерий		Абс.	%
Возраст	61 – 70	9	17,3
	71 – 80	29	55,8
	81 – 90	13	25,0
	91 и старше	1	1,9
Пол	Мужской	13	25,0
	Женский	39	75,0
Образование	Начальное	5	9,6
	Неполное среднее	4	7,7
	Среднее	12	23,1
	Среднее специальное	20	38,5
	Неоконченное высшее	0	0,0
	Высшее	11	21,2
Профессия	Умственный труд	14	26,9
	Физический труд	38	73,1
Диагноз по МКБ-10	F 00 (деменция вследствие болезни Альцгеймера)	4	7,7
	F 01 (атеросклеротическая деменция)	27	51,9
	F 02 (деменция вследствие органического заболевания головного мозга)	4	7,7
	F 06 (органическое бредовое расстройство)	1	1,9
	F 07 (расстройство личности и поведения вследствие органического заболевания головного мозга)	3	5,8
	F 20 (шизофрения)	2	3,8
	F 33 (рекуррентное депрессивное расстройство)	1	1,9
	F 70 (умственная отсталость)	3	5,8
	Отсутствие поддерживающей терапии	16	30,8
Причина ухудшения психического состояния при повторной госпитализации	Неадекватная поддерживающая терапия	14	26,9
	Отсутствие видимой причины	19	36,5
	Стрессовый фактор	3	5,8

Нами установлено, что основную часть пациентов геронтопсихиатрического профиля, повторно поступивших на лечение в стационар, составили:

- лица в возрасте 71 – 80 лет – 55,8 %,
- пол: женщины – 75,0 %,
- образование: среднее специальное – 38,5 %,
- профессия: физический труд – 73,1 %,
- по нозологии: атеросклеротическая деменция – 51,9 %,
- причина ухудшения психического состояния при повторной госпитализации: 36,5 % пациентов не смогли указать на видимую причину ухудшения своего состояния, 30,8 % отметили отсутствие поддерживающей терапии.

Также нами были проанализированы факторы, влияющие на приверженность к терапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля с использованием анкеты-опросника, включающей критерии экспертов ВОЗ [24] (табл. 3–7). Соответственно, оценка проводилась по следующим группам факторов:

1. Социально-экономические факторы;
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения;
3. Факторы, связанные с проводимой терапией;
4. Факторы, связанные с пациентом;
5. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент.

Нами было установлено, что 51,9 % больных считают, что социально-экономический статус пациента положительно влияет на приверженность к терапии, 32,7 % – крайне положительно. Влияние национальности оценено следующим образом: 42,3 % пациентов затруднились ответить, по 21,2 % больных не ответили совсем либо указали на отрицательное влияние национальности на приверженность к терапии. Следует отметить оценку влияния военных действий на территории страны на приверженность к лечению: 40,4 % пациентов указали крайне отрицательное влияние, 23,1 % – отрицательное, 19,2 % – положительное влияние данного фактора. Что касается влияния возраста: 36,5 % считают, что возраст крайне отрицательно влияет на приверженность к терапии, 25,0 % – отрицательно, 21,2 % – положительно.

То есть, из социально-экономических факторов преимущественно положительное влияние имеет социальный статус пациента, а отрицательное влияние оказывают наличие военных действий на территории страны и возраст пациента.

В отношении факторов, связанных с медицинским персоналом и системой здравоохранения: 61,5 % пациентов отметили положительное, а 30,8 % – крайне положительное влияние степени развития медицинской системы в целом на приверженность к терапии, 57,7 % больных указали на положительное, а 30,8 % на крайне положи-

Таблица 3. Социально-экономические факторы

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Социально-экономический статус пациента (мат. полож., образование, соц. поддержка, стоимость лечения, ситуация в семье и т.д.)	17	32,7	27	51,9	4	7,7	-	-	-	-	4	7,7
Национальность	-	-	8	15,4	22	42,3	11	21,2	-	-	11	21,2
Военные действия на территории страны	-	-	10	19,2	5	9,6	12	23,1	21	40,4	4	7,7
Возраст	-	-	11	21,2	2	3,8	13	25,0	19	36,5	7	13,5

Таблица 4. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Степень развития медицинской системы в целом	16	30,8	32	61,5	2	3,8	-	-	-	-	2	3,8
Степень развития системы распределения медицинских услуг	16	30,8	30	57,7	3	5,8	-	-	-	-	3	5,8
Образование медицинского персонала (и его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии)	9	17,3	39	75,0	2	3,8	-	-	-	-	2	3,8
Система образования пациентов и их длительного наблюдения	5	9,6	18	34,6	12	23,1	-	-	-	-	3	5,8
Время, отводимое на консультацию пациента	30	57,7	21	40,4	-	-	-	-	-	-	1	1,9

тельное влияние степени развития системы распределения медицинских услуг, 75,0 % опрошенных пациентов отмечают положительное и 17,3 % – крайне положительное влияние образования медицинского персонала. Что касается системы образования пациентов и их длительного наблюдения, то 34,6 % больных ответили положительно, 23,1 % затруднились ответить. 57,7 % пациентов считают крайне положительным и 40,4 % – положительным влияние времени, отводимого на консультацию пациента.

Как видно из приведенных данных, позитивно влияют на формирование приверженности к терапии практически все факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения, в большей или меньшей степени.

Что касается факторов, связанных с проводимой терапией: 50,0 % пациентов отметили крайне отрицательное и 30,8 % – отрицательное влияние сложного режима приёма препаратов и их количества на формирование приверженности к терапии. Что касается длительности лечения: 46,1 % опрошенных лиц указывают на отрицательное, а 26,9 % – на положительное влияние данного фактора. В отношении частоты смены препарата: 50,0 % пациентов отметили отрицательное, 38,5 % – крайне отрицательное влияние этого фактора на формирование приверженности. Скорость достижения эффекта оценена следующим образом: 46,1 % больных отметили положительное влияние, 23,1 % – отрицательное влияние данного фактора. 57,7 % геронтопсихиатрических пациентов указали на отрицательное и 36,6 % – на крайне отрицательное влияние побочных эффектов препарата на приверженность к терапии.

Можно отметить, что в данном случае положительное значение имеет скорость достижения эффекта. А отрицательных моментов значительно больше: сложность режима приёма препаратов и их количество, длительность лечения, частота смены препарата и влияние его побочных эффектов.

Данные таблицы свидетельствуют следующее: 65,4 % пациентов указали на положительное влияние знаний пациента о заболевании на формирование приверженности, 42,3 % – затруднились при ответе, 28,8 % отметили положительное влияние мотивации к лечению. 50,0 % геронтопсихиатрических больных указали на положительное влияние ожидания пациента от лечения на приверженность к терапии. 57,7 % пациентов считают, что забывчивость крайне отрицательно влияет на данный процесс. В отношении непонимания инструкций врача – 59,6 % лиц отметили крайне отрицательное, 34,6 % – отрицательное влияние. 48,1 % пациентов ответили крайне отрицательно и 38,5 % – отрицательно при оценке страха побочных эффектов и привыкания к терапии. 25,0 % пациентов отделения считают, что предыдущий опыт лечения положительно влияет на формирование приверженности к терапии, и 25,0 % указали на его отрицательное влияние.

Позитивное влияние среди факторов, связанных с пациентом, имеют знания пациента о заболевании, мотивация к лечению, ожидания пациента от лечения и предыдущий опыт лечения, в то время как забывчивость, непонимание инструкций врача, страх побочных эффектов и привыкания к терапии негативно сказываются на формировании приверженности к лечению.

Таблица 5. Факторы, связанные с проводимой терапией

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Сложный режим приема препаратов, их количество	-	-	2	3,8	6	11,5	16	30,8	26	50,0	2	3,8
Длительность лечения	1	1,9	14	26,9	4	7,7	24	46,1	6	11,5	3	5,8
Частота смены терапии	-	-	-	-	4	7,7	26	50,0	20	38,5	2	3,8
Скорость достижения эффекта	7	13,5	24	46,1	3	5,8	12	23,1	-	-	6	11,5
Побочные эффекты препарата	-	-	-	-	1	1,9	30	57,7	19	36,6	2	3,8

Таблица 6. Факторы, связанные с пациентом

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Знания пациента о заболевании	2	3,8	34	65,4	9	17,3	6	11,5	-	-	1	1,9
Мотивация к лечению	12	23,1	15	28,8	22	42,3	-	-	-	-	3	5,8
Его ожидания от лечения	8	15,4	26	50,0	6	11,5	10	19,2	-	-	3	5,8
Забывчивость	-	-	-	-	-	-	21	40,4	30	57,7	1	1,9
Непонимание инструкций врача	-	-	-	-	2	3,8	18	34,6	31	59,6	1	1,9
Страх побочных эффектов, привыкания к терапии	-	-	4	7,7	1	1,9	20	38,5	25	48,1	2	3,8
Предыдущий опыт лечения	8	15,4	13	25,0	4	7,7	13	25,0	1	1,9	3	5,8

Таблица 7. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент

Факторы, влияющие на приверженность пациентов к терапии	Оценка влияния отдельных факторов (%)											
	крайне положительно		положительно		затрудняюсь ответить		отрицательно		крайне отрицательно		не ответили	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Выраженность симптомов заболевания	13	25,0	24	46,1	1	1,9	10	19,2	-	-	2	3,8
Скорость прогрессирования заболевания	7	13,5	19	36,5	8	15,4	9	17,3	8	15,4	3	5,8
Физическое, психическое и социальное состояние пациента	8	15,4	20	38,5	4	7,7	14	26,9	3	5,8	3	5,8
Наличие сопутствующей (соматической) патологии	10	19,2	20	48,5	3	5,8	10	19,2	8	15,4	2	3,8
Наличие эффективных методов лечения	12	23,1	28	53,8	4	7,7	5	9,6	-	-	3	5,8

Данная категория факторов представлена следующим образом: 46,1 % больных отметили положительное и 25,0 % – крайне положительное влияние выраженности симптомов заболевания на приверженность к терапии. Основную часть положительных ответов дали пациенты геронтопсихиатрического профиля в отношении следующих факторов, влияющих на приверженность: скорость прогрессирования заболевания – 36,5 %; физическое, психическое и социальное состояние пациента – 38,5 %, наличие сопутствующей соматической патологии – 48,5 %, наличие эффективных методов лечения – 53,8 %.

Данная категория факторов преимущественно полностью положительно влияет на формирование приверженности к терапии, это – выраженность симптомов заболевания, скорость прогрессирования заболевания, физическое, психическое и социальное состояние пациента, наличие сопутствующей (соматической) патологии, наличие эффективных методов лечения.

В итоге проведенного исследования нами было установлено, что **положительное** влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

1. Социально-экономические факторы:
 - социальный статус пациента – 51,9 %.
2. Факторы, связанные с медицинским персоналом и системой здравоохранения:
 - время, отводимое на консультацию пациента – 98,1 %;
 - степень развития медицинской системы в целом – 92,3 %;
 - образование медицинского персонала (и в частности его представление о проблеме приверженности пациентов к терапии) – 75,0 %;
 - степень развития системы распределения медицинских услуг – 57,7 %;
 - система образования пациентов и их длительного наблюдения – 34,6 %.
3. Факторы, связанные с проводимой терапией:
 - скорость достижения эффекта – 46,1 %.
4. Факторы, связанные с пациентом:
 - знания пациента о заболевании – 65,4 %;
 - его ожидания от лечения – 50,0 %;

- мотивация к лечению – 28,8 %.

5. Факторы, связанные с состоянием пациента на данный момент:

- наличие эффективных методов лечения – 53,8 %;
- наличие сопутствующей (соматической) патологии – 48,5 %;
- выраженность симптомов заболевания – 46,1 %;
- физическое, психическое и социальное состояние пациента – 38,5 %;
- скорость прогрессирования заболевания – 36,5 %.

Отрицательное влияние на формирование приверженности к терапии пациентов геронтопсихиатрического профиля имеют следующие основные факторы:

1. Социально-экономические факторы:
 - военные действия на территории страны – 40,4 %;
 - возраст – 36,5 %.
2. Факторы, связанные с проводимой терапией:
 - побочные эффекты препарата – 57,7 %;
 - сложный режим приема препаратов, их количество – 50,0 %;
 - частота смены терапии – 50,0 %;
 - длительность лечения – 46,1 %.
3. Факторы, связанные с пациентом:
 - страх побочных эффектов, привыкания к терапии – 86,6 %;
 - непонимание инструкций врача – 59,6 %;
 - забывчивость – 57,7 %;
 - предыдущий опыт лечения – 25,0 %.

Выводы

Формирование комплаенса у пациентов пожилого и старческого возраста является одной из актуальных проблем социальной психиатрии и требует дальнейшего всестороннего изучения. Комплаентность, или выполнение врачебных рекомендаций, является важным фактором успешности лечения острых и хронических заболеваний. Выявленные факторы, оказывающие позитивное и негативное влияние на формирование приверженности пациентов к терапии, помогут в разработке общеобразовательных программ для пациентов пожилого и старческого возраста и методических рекомендаций для медицинского персонала, что, возможно, станет первым шагом к решению вопроса терапевтического комплаенса.

Список использованной литературы

1. Ястребов В. С. Проблемы патернализма и партнерства в психиатрии / В. С. Ястребов // Психиатрия. – 2012. – № 4 (56). – С. 7–13.
2. Пінчук І. Я. Актуальні питання геронтопсихіатрії: навчальний посібник / І. Я. Пінчук, В. В. Чайковська, Л. А. Стадник [та ін.]. – Тернопіль: Видавництво «Термограф», 2010. – 431 с.
3. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4–12.
4. Мартынов А. А. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность / А. А. Мартынов, Е. В. Спиридонова, М. М. Бутарева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 1. – С. 21–27.
5. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях / Е. А. Вольская // Ремедиум. – 2013. – № 11. – С. 6–15.
6. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. – 2009. – № 116. – С. 260–265.
7. Калугин И. В. Проблемы полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов пожилого возраста / И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 4 (75). – С. 118–123.
8. Калугин И. В. Старение организма и полиморбидность / И. В. Калугин, Е. А. Хаустова // Архів психіатрії. – 2014. – Т. 20, № 2 (77). – С. 36–43.
9. Лазебник Л. Б. Генез полиморбидности / Л. Б. Лазебник, В. Н. Дроздов // Клиническая геронтология. – 2001. – Т. 7, № 1–2. – С. 3–5.
10. Данилов Д. С. Индивидуальный выбор современной психофармакотерапии шизофрении (основные принципы, обсуждение результатов клинических исследований и некоторые практические рекомендации) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 6. – С. 50–57.
11. Наумова Е. А. Выполнение больными врачебных назначений: эффективны ли вмешательства, направленные на улучшение этого показателя / Е. А. Наумова, Ю. Г. Шварц // Международный журнал медицинской практики. – 2006. – № 1. – С. 48–60.
12. Парновский Б. Л. Перспективные направления исследований лекарственного лечения гериатрических больных / Б. Л. Парновский, А. Е. Левицкая // Фармацевт. журнал. – 2010. – № 4. – С. 55–58.
13. Особенности применения лекарственных средств у людей пожилого и старческого возраста / В. И. Джемали, Е. В. Купраш, Н. Г. Гриненко, А. С. Гударенко // Журнал практического врача. – 2006. – № 3. – С. 47–48.
14. Горшунова Н. К. Здоровье, полиморбидность и качество жизни людей старшего возраста и долгожителей / Н. К. Горшунова, Н. В. Медведев // Современные наукоемкие технологии. – 2005. – № 4. – С. 40–42.
15. Асинова М. И. Преподавание гериатрии в подготовке семейного врача / М. И. Асинова, О. В. Давыдович // Журнал практического врача. – 2005. – № 3. – С. 45–47.
16. Верстакова О. Л. Рекомендации по применению лекарственных средств у пациентов пожилого возраста / О. Л. Верстакова, Р. Д. Сюбаев, А. Н. Яворский // Клиническая геронтология. – 2002. – Т. 8, № 5. – С. 174–175.
17. Сметанина К. И. Основные возможности обеспечения системы рациональной фармакотерапии гериатрических больных на современном этапе / К. И. Сметанина // 80-й науч.-практической. конф. «Работаем, творим, презентуем»: тезы конференции. – Ивано-Франковск: Изд-во ДВНЗ «Ивано-Франковский национальный мед. университет». – 2011. – С. 241–242.
18. Толстова Ю. И. Анализ социологических данных. Методология, дескриптивная статистика, изучение связей между номинальными признаками / Ю. И. Толстова. – М.: Научный мир, 2000. – 352 с.
19. Шлафер А. М. Метод комплаенс-терапии в системе лечения больных шизофренией: автореф. дис. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук: 14.01.06, 19.00.04 / А. М. Шлафер. – Санкт-Петербург, 2012. – 26 с.
20. Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO) [Электронный ресурс] / R. Horne, J. Weinman, N. Barber, R. Elliot [et al.]. – 2005. Режим доступа к ресурсу: http://www.netscc.ac.uk/hsdr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. (Дата обращения 10.09.2016).
21. Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study / G. E. Caughey, E. N. Ramsay, A. I. Vitry [et al.] // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2010. – Vol. 64, issue 12. – P. 1036–1042. DOI: 10.1136/jech.2009.088260.
22. Kemp R. Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients / R. Kemp, A. David, P. Hayward // Behavioral and Cognitive Psychotherapy. – 1996. – Vol. 24, issue 4. – P. 331–350. DOI: 10.1017/S135246580001523X.
23. Sackett D. L. Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance / D. L. Sackett // Compliance with therapeutic regimens / Eds. D. L. Sackett & R. B. Haynes. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1976. – P. 1–25.
24. Adherence to long term therapies, evidence for action [Электронный ресурс] / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2003. – 211 p. Режим доступа к ресурсу: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. (Дата обращения 05.09.2016).

References

1. Jastrebov, V. S. (2012). Problemy paternalizma i partnerstva v psichiatrii [Problems of paternalism and partnership in psychiatry]. *Psihiatrija – Psychiatry*, no. 4 (56), pp. 7–13. (In Russian).
2. Pinchuk, I. Ya., Chaikovska, V. V., Stadnyk, L. A., Levada, O. A., Pustovoit, M. M., & Shyriaieva, M. I. (2010). Aktualni pytannia herontopsykhii [Actual questions of geriatric psychiatry]. Ternopil: Vydavnytstvo «Termohraf», 431 p. (In Ukrainian).
3. Danilov, D. S. (2014). Terapevticheskoe sotrudnichestvo (komplaens): soderzhanie ponjatija, mehanizmy formirovanija i metody optimizacii [Therapeutic cooperation (compliance): the essence of the notion, the mechanisms of formation and methods of optimization]. *Neurologija, neiropsihiatrija, psihsomatika – Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics*, no. 2, pp. 4–12. (In Russian).
4. Martynov, A. A., Spiridonova, E. V., & Butareva, M. M. (2012). Povyshenie priverzhennosti pacientov stacionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdelenij k lechebno-reabilitacionnym programmam i faktory, okazyvajushhie vlijanie na komplajentnost' [Increased of adherence of patients in hospitals and outpatient departments to treatment and rehabilitation programs and factors, which affect compliance]. *Vestnik Dermatologii i Venerologii – Journal of Dermatology and Venerology*, no. 1, pp. 21–27. (In Russian).
5. Vol'skaja, E. A. (2013). Pacientskij komplajens. Obzor tendencij v issledovanijah [Patient compliance. Review of trends in research]. *Remedium – Remedium*, no. 11, pp. 6–15. (In Russian).
6. Bogatyrev, N. V. (2009). Ponjatje komplajensa i problema izmerenija komplajensa [The concept of compliance and the problem of measuring compliance]. *Nauchnyj zhurnal «Izvestija Rossijskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A. I. Gercena – Izvestia: Herzen University Journal of Humanities & Science*, no. 116, pp. 260–265. (In Russian).
7. Kalugin, I. V., & Khaustova, O. O. (2013). Problemy polimorbidnosti i adekvatnoj farmakoterapii u pacientov pozhilogo vozrasta [The problems of polymorbidities and adequate pharmacotherapy among the elderly-aged patients]. *Arkhiv psykhiiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 19, no. 4 (75), pp. 118–123. (In Russian).
8. Kalugin, I. V., & Khaustova, O. O. (2014). Starenie organizma i polimorbidnost' [Aging and polymorbidity]. *Arkhiv psykhiiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 20, no. 2 (77), pp. 36–43. (In Russian).
9. Lazebnik, L. B., & Drozdov, V. N. (2001). Genез polimorbidnosti [Genesis of polymorbidity]. *Klinicheskaja gerontologija – Clinical gerontology*, vol. 7, no. 1–2, pp. 3–5. (In Russian).
10. Danilov, D. S. (2008). Individual'nyj vybor sovremennoj psihofarmakoterapii shizofrenii (osnovnye principy, obsuzhdenie rezul'tatov klinicheskikh issledovanij i nekotorye prakticheskie rekomendacii) [Individual choice of modern psychopharmacotherapy for schizophrenia (basic principles, discussion of the results of clinical trials and some practical recommendations)]. *Psihiatrija i psihofarmakoterapija – Psychiatry and psychopharmacotherapy*, vol. 10, no. 6, pp. 50–57. (In Russian).
11. Naumova, E. A., & Shvarc, Ju. G. (2006). Vypolnenie bol'nymi vrachebnym naznachenij: jeffektivny li vmeshatel'stva, napravlennye na uluchshenie jetogo pokazatelja [Compliance with patients' medical appointments: are interventions aimed at improving this indicator effective?]. *Mezhdunarodnyj zhurnal medicinskoj praktiki – International Journal of Medical Practice*, no. 1, pp. 48–60. (In Russian).
12. Parnovskij, B. L., & Levickaja, A. E. (2010). Perspektivnye napravlenija issledovanij lekarstvennogo lechenija geriatricheskikh bol'nyh [Perspective directions of studies of medicinal treatment of geriatric patients]. *Farmaceuticheskij zhurnal – Pharmaceutical Journal*, no. 4, pp. 55–58. (In Russian).
13. Dzhemajli, V. I., Kuprash, E. V., Grinenko, N. G., & Gudarenko, A. S. (2006). Osobennosti primeneniya lekarstvennyh sredstv u ludej pozhilogo i starchyego vozrasta [Features of the use of drugs in elderly and old age people]. *Zhurnal prakticheskogo vracha – Journal of Practical Physician*, no. 3, pp. 47–48. (In Russian).
14. Gorshunova, N. K., & Medvedev, N. V. (2005). Zdorov'e, polimorbidnost' i kachestvo zhizni ludej starshego vozrasta i dolgozhitelej [Health, polymorbidity and quality of life of older and long-lived people]. *Sovremennye naukoemkie tehnologii – Modern high technologies*, no. 5, pp. 40–42. (In Russian).
15. Asinova, M. I., & Davydovich, O. V. (2005). Prepodavaniya geriatrii v podgotovke semejnogo vracha [Teaching geriatrics in the preparation of a family doctor]. *Zhurnal prakticheskogo vracha – Journal of Practical Physician*, no. 3, pp. 45–47. (In Russian).
16. Verstakova, O. L., Sjubae, R. D., & Javorskij, A. N. (2002). Rekomendacii po primeneniju lekarstvennyh sredstv u pacientov pozhilogo vozrasta [Recommendations for the use of medicines in elderly patients]. *Klinicheskaja gerontologija – Clinical gerontology*, vol. 8, no. 5, pp. 174–175. (In Russian).
17. Smetanina, K. I. (2011). Osnovni mozhlivosti zabezpechennia systemy ratsionalnoi farmakoterapii heriatrichnykh khvorykh na suchasnomu etapi: Tezy dop. 80-oi nauk.-prakt. konf. «Pratsiuemo, tvorymo, prezentuemo» [Main features of the system to ensure rational pharmacotherapy geriatric patients at this stage: Abstracts of the 80th Scientific Conference «Working, creating, presenting»]. Iv.-Frankivsk: Vyd-vo DVNZ «Iv.-Frankivskij nats. med. Universitet», pp. 241–242. (In Ukrainian).
18. Tolstova, Ju. I. (2000). Analiz sociologicheskikh dannyx. Metodologija, deskriptivnaja statistika, izuchenie svyazej mezhd nominal'nymi priznakami [Analysis of sociological data. Methodology, descriptive statistics, study of relationships between nominal characteristics]. Moscow, Nauchnyj mir, 352 p. (In Russian).

19. Shlafer, A. M. (2012). *Metod komplaens-terapii v sisteme lechenija bol'nyh shizofreniej: avtoref. dis. ... kandidata medicinskih nauk* [Method of compliance therapy in the system of treatment of patients with schizophrenia. Author's abstract of thesis to the competition of the scientific degree of the candidate of medical sciences]. St. Petersburg, 26 p. (In Russian).
20. Horne, R., Weinman, J., Barber, N., Elliot, R., & Morgan, M. (2005). *Concordance, adherence and compliance in medicine taking. Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO)*. Retrieved from: http://www.netscc.ac.uk/hedr/files/project/SDO_FR_08-1412-076_V01.pdf. (Accessed 10.09.2016).
21. Caughey, G. E., Ramsay, E. N., Vitry, A. I., Gilbert, A. L., Luszcz, M. A., Ryan, P., & Roughead, E. E. (2010). Comorbid chronic diseases, discordant impact on mortality in older people: a 14-year longitudinal population study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 64, issue 12, pp. 1036–1042. DOI: 10.1136/jech.2009.088260.
22. Kemp, R., David, A., & Hayward, P. (1996). Compliance therapy: an intervention targeting insight and treatment adherence in psychotic patients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, vol. 24, issue 4, pp. 331–350. DOI: 10.1017/S135246580001523X.
23. Sackett, D. L. (1976). Introduction and the magnitude of compliance and noncompliance. In D. L. Sackett & R. B. Haynes. (Eds.), *Compliance with therapeutic regimens* (pp. 1–25). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
24. World Health Organization. (2003). *Adherence to long term therapies, evidence for action*. Geneva : WHO, 211 p. Retrieved from: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4883e/s4883e.pdf>. (Accessed 05.09.2016).

ПРОБЛЕМА КОМПЛАЄНСУ У ПАЦІЄНТІВ ГЕРОНТОПСИХІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

I. V. Kalugin, O. O. Khaustova

Актуальність. У статті надані висновки дослідження, проведеного на базі геронтопсихіатричного відділення Маріупольської міської лікарні та огляду літератури з вивчення комплаєнсу у пацієнтів похилого віку. Термін «комплаєнс» – це міра, яка характеризує правильність виконання хворим рекомендацій лікаря: медикаментозного лікування, немедикаментозних процедур, точності виконання діагностичних та профілактичних заходів, зміни способу життя тощо.

Мета – вивчення взаємовідносин пацієнтів похилого віку з системою медичної допомоги для виявлення факторів, які впливають на формування їх прихильності до фармакотерапії.

Матеріали та методи. Проведене обстеження 52 хворих геронтопсихіатричного відділення Маріупольської психіатричної лікарні, які потрапили на стаціонарне лікування повторно впродовж року, за період 2014 – 2015 рр. та 6 місяців 2016 р. Проведена їх клініко-демографічна характеристика та проаналізована думка пацієнтів геронтопсихіатричного профілю щодо чинників, які впливають на їх прихильність до терапії.

Результати. виявлені позитивні чинники, які впливають на формування прихильності до терапії: соціально-економічні, фактори, пов'язані з медичним персоналом та системою охорони здоров'я, фактори, пов'язані з призначеною терапією та станом пацієнта на даний час.

Висновки. Розробка основних методів підвищення прихильності пацієнтів до терапії, загальноосвітніх програм для пацієнтів похилого та старечого віку дасть змогу підвищити їх прихильність до фармакотерапії, покращить ефективність лікування, значно зменшить ризик розвитку побічних ефектів, зменшить фінансове навантаження та загалом покращить якість життя пацієнтів похилого віку.

Ключові слова: поліморбідність, комплаєнс, фармакотерапія, пацієнти геронтопсихіатричного профілю.

THE PROBLEM OF COMPLIANCE IN GERONTOPSYCHIATRIC PATIENTS

I. V. Kalugin, O. O. Khaustova

Background. The results of the research conducted on the basis of geriatric psychiatry department of Mariupol city hospital and review of the literature on the study of the phenomenon of compliance in geriatric patients are given in the article. The term «compliance» is a measure that characterizes the correct implementation of the doctor's prescription by sick person such as: pharmacotherapy, non-pharmacological treatments, accurate performance of diagnostic and preventive measures, lifestyle changes etc.

Objective: to study the relationship of geriatric patients with a medical care system in order to determine the factors influencing the formation of their adherence to pharmacotherapy.

Materials and methods. 52 patients of geriatric psychiatry department of Mariupol psychiatric hospital who have been admitted for hospital treatment again in a year for the period of 2014, 2015 years and first 6 months of 2016 have been examined. Clinical and demographic characteristics has been done and the opinions of patients of gerontopsychiatric profile about factors that affect their adherence to therapy have been analyzed.

Results. Positive factors which influenced on the formation of the adherence have been established: social-economic factors, factors, connected with the medical staff and health system, with doctor's prescription and the patient's health conditions.

Conclusions. The development of new techniques for improving patients' adherence to the therapy, educational programs for geriatric patients will help improve their adherence to pharmacotherapy, will improve the effectiveness of treatment, will significantly reduce the risk of side effects, will decrease the financial burden and in general will improve the geriatric patients' quality of life.

Keywords: polymorbidity, compliance, pharmacotherapy, geriatric patients.

Стаття надійшла до редакції 07.10.2016 р.

КАЛУГІН Ігорь Витальевич, аспірант Українського науково-дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МЗ України, головний лікар КЛПУ «Городская психиатрическая больница № 7 г. Мариуполя», г. Мариуполь, Україна; e-mail: doct@hitline.net.ua

ХАУСТОВА Елена Александровна, д.мед.н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені А. А. Богомольця, г. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

КАЛУГІН Ігор Віталійович, аспірант Українського науково-дослідницького інституту соціальної та судової психіатрії та наркології МОЗ України, головний лікар КЛПУ «Міська психіатрична лікарня № 7 м. Мариуполя», м. Мариуполь, Україна; e-mail: doct@hitline.net.ua

ХАУСТОВА Олена Олександрівна, д.мед.н., професор, професор кафедри психосоматичної медицини та психотерапії Національного медичного університету імені О. О. Богомольця, м. Київ, Україна; e-mail: 7974247@gmail.com

KALUGIN Igor Vitaliiovych, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Head doctor of KLPU «City Psychiatric Hospital No. 7, Mariupol», Mariupol, Ukraine; e-mail: doct@hitline.net.ua

KHAUSTOVA Olena Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Professor of the Psychosomatic Medicine and Psychotherapy Department of Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: 7974247@gmail.com

КЛІНІЧНА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.895.8-092-085.214.2+615.214.2

Ю. А. Блажевич

ПЕРВЫЕ ПСИХОТИЧЕСКИЕ ЭПИЗОДЫ: КЛИНИКА, ДИНАМИКА, ТЕРАПИЯ

Территориальное медицинское объединение «Психиатрия» в городе Киеве

blazhevych@ukr.net

Актуальность. Первый психотический эпизод (ППЭ) представляет существенный интерес для исследователей и врачей-практиков в связи с важностью качественного купирования психоза на начальном этапе заболевания, а также возможностями именно на этом этапе добиться конструктивного уровня комплаенса и сохранения социализации.

Цель – изучить особенности клиники и ее динамики при ППЭ; изучить структуру депрессий при ППЭ и когнитивные нарушения, их связь со структурой заболевания и изменения в динамике. Оценить условия формирования качественной ремиссии, причины рецидивов, факторы соблюдения комплаенса, вопрос социализации пациентов.

Материалы и методы. Обследовано 148 пациентов (70 мужчин и 78 женщин) с ППЭ, в клинической картине заболевания которых имели место существенные аффективные нарушения. Изучали ППЭ при следующих нозологиях: параноидная шизофрения (F 20.0), острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) и с симптомами шизофрении (F 23.1), полиморфные шизоаффективные расстройства (F 25) – депрессивный тип (F 25.1), а также маниакальный (F 30) и депрессивный эпизоды (F 32). Использованы информационно-аналитический, социально-демографический, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический, катamnестический и статистический методы исследования.

Результаты. Изучена структура депрессий при ППЭ и его динамика. Выделены основные симптомы депрессии при ППЭ и проведена корреляция с динамикой психоза. Исследованы особенности нейрокognитивных нарушений у пациентов с ППЭ и оценена их динамика в процессе терапии. Представлены данные по основным принципам терапии ППЭ, особенностям комплаенса, ремиссии и реадaptации. Катamnестическое исследование пациентов с выраженными аффективными расстройствами в структуре ППЭ показало связь структуры и степени выраженности нарушений аффекта с характером и частотой рецидивов заболевания, с качеством ремиссии, а также с соблюдением пациентами комплаенса и степенью их реадaptации в обществе.

Выводы. Знание особенностей течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы с достижением более быстрых и качественных результатов лечения. Полученные прогностические данные о формировании ремиссии, причинах рецидивов и характере комплаенса также будут способствовать высокому уровню социализации пациента.

Ключевые слова:

первый психотический эпизод, типы депрессий, когнитивные расстройства, терапия, комплаенс, ремиссия.

Актуальность. Изучению различных аспектов возникновения и течения первого психотического эпизода в последнее время уделяется значительное внимание [1, 3]. 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 [2, 4]. Клиническими основаниями данной тезы, по мнению авторов, являются относительная психическая сохранность пациентов на момент первого психотического приступа, отсутствие влияния биологической терапии, отсутствие стойких клинических и личностных изменений, обусловленных длительностью психотического процесса [2, 5, 8]. Все это делает работу

с пациентами с первым психотическим эпизодом крайне актуальной и привлекательной не только в клиническом, но и в социально-психологическом плане.

Цель – изучить особенности клинической картины и ее динамики при первом психотическом эпизоде. Важнейшими составляющими первого психотического эпизода являются симптомы аффективного круга. Данный фрагмент нашего исследования был посвящен изучению структуры депрессий при первом психотическом эпизоде. Также изучали когнитивные нарушения при первом психотическом расстройстве, их связь со структурой психоза, изменения в динамике заболевания. В соответствии с концепцией «первого психотического эпизода» [3, 6] значительное внимание уделяли преморбидным особенностям пациентов, характеристике и особенностям продромальных явлений, а в дальнейшем также и катамнезу. Изучали принципы эффективной фармакотерапии пациентов с выраженными аффективными нарушениями при первом психотическом эпизоде, условия формирования качественной ремиссии и соблюдения комплаенса.

Материалы и методы исследования

Все обследованные нами лица являлись пациентами Центра первого психотического эпизода ТМО «Психиатрия» в г. Киеве (мужское отделение на 25 коек и женское – на 30 коек). Предоставление стационарной помощи пациентам с впервые в жизни возникшим психотическим эпизодом в г. Киеве организовано таким образом, что подавляющее число больных поступают на лечение именно в ТМО «Психиатрия». Следует отметить, что стационарированию подвергаются пациенты исключительно психотического уровня, в отношении которых невозможна организация амбулаторной психиатрической помощи в силу выраженных нарушений поведения в виде, прежде всего, явлений выраженной психомоторной расторможенности, давшие, при этом, добровольное согласие на госпитализацию.

Кроме собственно впервые заболевших, в соответствии с общепринятой парадигмой, в группу лиц с первым психотическим эпизодом включали пациентов со сроками болезни до трех лет, а также имеющих в анамнезе не более пяти приступов психоза от момента заболевания [3, 9].

Из исследования исключали иногородних (так как терялась «связь» с пациентом и возможность осуществления катамнеза), а также пациентов с выраженными органическими расстройствами.

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.

Изучали типологию депрессий, их взаимосвязь с ведущей психотической симптоматикой. Изучали первые психотические эпизоды при следующих нозологических расстройствах: параноидная шизофрения (F 20.0); острые психотические расстройства без симптомов шизофрении (F 23.0) и с симптомами шизофрении (F 23.1); полиморфные шизоаффективные расстройства (F 25) – депрессивный тип (F 25.1); а также маниакальный (F-30) и депрессивный эпизод (F 32).

Для решения поставленных задач были использованы информационно-аналитический, социально-демографический, клинико-анамнестический, клинико-психопатологический, психодиагностический, катамнестический и статистический методы исследования.

Клинико-психопатологический метод был дополнен индивидуальной картой обследования пациента с первым психотическим эпизодом.

Патопсихологические обследования включали стандартный набор тестов, направленных на исследование мышления, аффективной сферы, когнитивных функций [6, 7].

В исследовании применяли следующие психометрические шкалы:

- шкала оценки положительной и негативной симптоматики PANSS;
- Калгарийская шкала депрессии при шизофрении (CDSS) [Addington D., Addington J., 1993];
- шкала продромальных симптомов SOPS;
- шкала Гамильтона для оценки депрессии (HDRS);
- шкала Гамильтона для оценки тревоги (HARS);
- шкала суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра);
- шкала глобального функционирования (GAF);

Кроме того, использовали следующие психодиагностические методы:

- личностный опросник Бехтеревского института;
- методы диагностики социально-психологической адаптации;
- характерологический опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека.

Информационно-аналитический метод включал изучение отечественных и зарубежных источников научной информации (в частности – мета-анализ), а также медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты больных с первым психотическим эпизодом, данные патопсихологических и параклинических методов обследования и др.).

Для статистической обработки использовали пакет прикладных программ STATISTICA 5.0 (StatSoftInc, 1998).

Результаты и их обсуждение

Установлена корреляция между нозологической принадлежностью психоза и типологией аффективного расстройства. Из всего многообразия симптомов депрессий были выделены основные (тревога, тоска, апатия, адинамия, сенесто-ипохондризм, анестезия) и проведена корреляция с динамикой психоза. Наиболее часто встречаемым вариантом депрессии в дебютах психозов, по нашим данным, является тревога. Тревога и ее различные подварианты установлены в 62 % случаев. Причем, приблизительно одинаково часто тревога встречается у мужчин и женщин (59,3 % и 63,4 %) ($p>0,5$). Возраст начала заболевания – несколько чаще до 30 лет (68 %) ($p>0,01$). Наибольшими по длительности и наиболее труднокурабельными оказались апатическая и анестетическая депрессии. Их длительность в 2 – 2,2 раза превышала среднюю длительность депрессивной симптоматики при первом психотическом эпизоде. Тоскливая и сенесто-ипохондрическая депрессии наиболее коррелировали с собственно психотической составляющей

психоза (сверхценно-бредовые, бредовые переживания, галлюцинаторная симптоматика). Следует отметить, что собственно психотическая симптоматика (шизофреническая – в рамках шизоаффективного расстройства; бредовая – в рамках бредового расстройства) – в меньшей степени зависела от характера дебюта, преморбидных личностных особенностей пациента, общей динамики патологического процесса. Степень выраженности и характер аффективной симптоматики при этом довольно четко коррелировали с вышеуказанными факторами. Анамнестически удавалось установить хронологию и соподчиненность симптомов различного уровня в динамике заболевания: в подавляющем большинстве случаев заболевание и начиналось с расстройств аффективного круга, и редукция аффективной симптоматики была предвестником скорой стабилизации общего состояния [1, 4, 7].

С крайне коротким сроком пребывания в стационаре и преждевременной выпиской, с отказом от терапии в целом коррелировал молодой (до 30 лет, $p < 0,05$) и пожилой (после 60 лет, $p < 0,01$) возраст. У пациентов данных возрастных групп отмечались также более короткие периоды условной ремиссии, высокая частота повторных поступлений и низкий уровень комплаенса. Среди пациентов средней возрастной группы отмечался наиболее высокий уровень комплаенса и социализации. Объяснялся данный феномен высоким уровнем самоуверенности и выраженным неприятием болезни в молодом возрасте, а также подозрительностью, высоким уровнем недоверия и отсутствием поддержки со стороны микроокружения – в пожилом.

У пациентов с первым психотическим эпизодом нейрокогнитивные нарушения (память, восприятие, праксис, речь, интеллект) претерпевали следующую динамику. Нейрокогнитивные расстройства различной степени выраженности наблюдались у подавляющего числа пациентов в период от двух недель до полугода до манифестации первого психотического приступа. Обращает внимание тот факт, что симптомы нейрокогнитивного дефицита достоверно чаще встречались у мужчин – 82,4 % против 48,6 % у женщин ($p < 0,01$). Спектр нейрокогнитивных нарушений включал в себя следующие жалобы: «трудно сосредоточиться», «забывчивость», «рассеянность», «хуже справляюсь с интеллектуальными задачами», «стал хуже понимать прочитанное», «не понимаю смысл услышанного (анекдотов)», «забываю отдельные слова (или события)», «совершение даже привычного действия требует усилий и контроля». Все перечисленные нарушения сохранялись и на момент поступления пациентов на стационарное лечение. В отдельных случаях нейрокогнитивные нарушения достигали более выраженного характера. Все когнитивные нарушения объективизировались в процессе патопсихологического обследования с помощью стандартизированного набора тестов [3, 6].

Сравнительный анализ данных патопсихологических исследований пациентов, активно предъявлявших жалобы нейрокогнитивного характера на момент поступления, а также всех первичных пациентов, выявил следующие особенности: в ряду нейрокогнитивных нарушений объективно наиболее выраженными и явными были нарушения интеллекта и восприятия. Объективно

степень выраженности остальных нарушений не соответствовала выраженности предъявляемых жалоб. Это позволяет сделать вывод, что ведущей нейрокогнитивной патологией в этом случае являлись интеллектуальные нарушения и нарушения восприятия, и именно они определяли иные, «вторичные» расстройства – праксис, речь, память. Другой заслуживающей внимания особенностью данного фрагмента работы явилось то, что при патопсихологическом обследовании нейрокогнитивной сферы достоверно значимых отличий в частоте встречаемости данных симптомов между мужчинами и женщинами не выявлено ($p < 0,5$). Этот факт может свидетельствовать о том, что мужчины субъективно более тяжело переживают интеллектуальную несостоятельность, ставя ее на первое место, в то время как женщины в первую очередь фиксируются на расстройствах аффективной сферы, жалобах психосоматического характера, проблемах в межличностных отношениях и т. п. и не склонны к признанию собственной психической несостоятельности.

Несмотря на сложный характер проявлений нейрокогнитивных нарушений по мере течения патологического процесса и формирования ремиссии, преобладающей тенденцией было уменьшение их выраженности как результат общей стабилизации состояния.

Катамнестические исследования пациентов с выраженными аффективными расстройствами в структуре первых психотических эпизодов показали связь структуры и степени выраженности нарушений аффекта с характером и частотой рецидивов заболевания, с качеством ремиссии, а также с соблюдением пациентами комплаенса и степенью их реадaptации в общество. Наиболее труднокурабельными были пациенты с выраженной маниакальной симптоматикой. Трудности были обусловлены, в первую очередь, неприятием данной группой пациентов картины заболевания и отказом от лечения. В большинстве случаев оснований для госпитализации указанных пациентов вопреки их воле не было. В отдельных случаях имела место повторная «доставка» этих пациентов в приемное отделение больницы скорой психиатрической помощью либо родственниками. Чаще всего и в этих случаях пациенты не давали добровольного согласия на стационарное лечение. В случаях проведенного курса стационарной терапии пациенты на момент выписки имели неполную критику к картине заболевания, не считали необходимым наблюдение психиатра и прием поддерживающих препаратов. Это становилось причиной скорых рецидивов и нарушения адаптации пациентов в обществе. Паранойяльные симптомы в большинстве случаев были факторами, отягчающими клиническую картину заболевания. В течение последующих поступлений нозологическая трактовка значительной части состояний трансформировалась в «полиморфное психотическое расстройство» либо в «шизоаффективное расстройство».

Наибольшая эффективность терапии и наиболее высокие показатели комплаентности отмечены в группе пациентов с депрессивной симптоматикой. Причем эти показатели напрямую коррелировали с «чистотой» депрессии. На качество ремиссии, как и при маниакальных состояниях, негативное влияние оказывали гипопсихотические включения в виде паранойяльной, а также

сенесто-ипохондрической симптоматики. По характеру депрессии наиболее трудноураемыми были апатические, адинамические и тревожные состояния. Терапия таких состояний характеризовалась длительностью, некачественной ремиссией, низким уровнем социализации. Следует отметить, что именно пациенты с апатической и сенесто-ипохондрической симптоматикой демонстрировали наибольший уровень интеллектуальной несостоятельности [1, 5, 9].

Несмотря на то, что депрессивные фазы встречались значительно чаще, по сравнению с маниакальными, риск рецидивирования в случаях наличия в структуре первого психотического эпизода маниакальных и, тем более, маниоформных симптомов, возрастал в 2–3 раза.

Наибольший процент прогредиентной ремиссии был отмечен у пациентов с первичным диагнозом «депрессивный эпизод» – 34 %, а также с диагнозом «шизофрения, аффективно-бредовый тип расстройства» – 22 %. Наиболее регрессиентный тип ремиссии наблюдался в группе пациентов с диагнозом «маниакальный эпизод» (38 %) и «шизоаффективное расстройство с психотическими включениями» (42 %). По гендерным признакам – женщины поступали на лечение в 1,5–1,7 раза чаще, чем мужчины. Помимо собственно психотической симптоматики, значительное влияние на характер ремиссии оказывали такие признаки как наследственная обусловленность, личностный и социально-образовательный уровень в преморбиде, наличие конструктивного микроокружения, степень принятия пациентами рекомендаций по поддерживающей терапии.

С учетом позитивного у первичных пациентов терапевтического ответа на проводимую терапию в большинстве случаев удавалось добиваться эффекта путем использования минимальных (реже – средних) терапевтических доз антипсихотических средств. Данный подход позволял достигать не только быстрого и качественного результата, но и способствовал формированию доверительного отношения больного к врачу, конструктивного взаимодействия в формате «пациент – медперсонал» [2, 4, 6].

В терапии пациентов исследуемой группы использовались все основные группы психотропных средств: антидепрессанты, конвенциональные нейролептики, антипсихотики, нормотимики. Антидепрессанты использовались почти во всех случаях, включая расстройства с выраженной собственно психотической симптоматикой. Обоснованием для использования антидепрессантов было одномоментное назначение антипсихотиков. Общим правилом в терапии пациентов стационарного уровня расстройств было начало лечения с трициклических антидепрессантов (амитриптилин, мелипрамин, анафранил) и конвенциональных нейролептиков (галоперидол, трифтазин, аминазин). В большинстве случаев «классические» психотропные средства оказывали быстрое и выраженное действие, однако с учетом заметного побочного эффекта указанных препаратов, в течение короткого времени (3–10 дней) осуществлялся переход на СИОЗС и антипсихотики. Нормотимики использовались приблизительно в 60–65 % случаев. Показаниями для назначения нормотимиков было наличие более-менее «чистой» аффективной симптоматики. В

случаях «вторичной» аффективной патологии показания для назначения нормотимиков носили относительный характер. В качестве поддерживающей терапии в ряду «аффективный эпизод» – «полиморфное психотическое расстройство» – «шизоаффективное расстройство» – «шизофрения с аффективно-бредовой симптоматикой» назначалась «линейка» препаратов с акцентом от преимущественно нормотимиков и антидепрессантов (начиная с аффективных эпизодов) до преимущественно антипсихотиков (при собственно психотических состояниях) [1, 3, 7].

В соответствии с рекомендациями Протоколов терапии психозов, поддерживающая терапия назначалась на срок от 6 до 12 месяцев. Однако указанные сроки, по нашим данным, соблюдались лишь в 8,2 % случаев. В остальных случаях длительность приема препаратов распределялась приблизительно следующим образом: до 1 мес. – 36,4 %, до 2 мес. – до 28,6 %, до 3 мес. – 18,2 % случаев. Основными причинами отказа пациентов от поддерживающей терапии были предубеждение о негативном действии психотропных средств на организм в целом, торпидность, скованность (преимущественно при назначении нейролептиков), набор веса, эндокринные нарушения (в случаях длительного приема антипсихотиков).

Выводы

Знание особенностей течения аффективной составляющей психоза в динамике позволит разрабатывать адекватные комплексные терапевтические программы с достижением более быстрых и качественных результатов лечения. Полученные прогностические данные о формировании ремиссии, причинах рецидивов и характере комплаенса у пациентов, перенесших первый психотический эпизод, позволят предвидеть динамику и оказывать адекватную помощь на каждом из этапов терапии и реабилитации.

Список использованной литературы

1. Гурович И. Я. Первый психотический эпизод / И. Я. Гурович, Я. Б. Шмуклер. – М.: Межпрактика-М, 2010. – 544 с.
2. Кожина А. М. Современные подходы к терапии депрессивных расстройств [Текст] / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 129.
3. Марута Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) / Н. А. Марута // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, вип. 1 (50). – С. 21–24.
4. Мішиєв В. Д. Сучасні депресивні розлади: керівництво для лікарів / В. Д. Мішиєв. – Львів: Вид-во Мс, 2004. – 208 с.
5. Михайлов Б. В. Современное состояние проблемы шизофрении (обзор литературы) / Б. В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 18, № 4 (65). – С. 39–47.
6. Пішель В. Я. Сучасні можливості раннього виявлення пацієнтів з першим психотичним епізодом в загальномедичній практиці / В. Я. Пішель, К. В. Губенко // Таврический журнал психиатрии. – 2007. – Т. 11, № 4 (41). – С. 37–41.
7. Depression and depressive symptoms in first episode psychosis / [Romm K. L., Rossberg J. I., Berg A. O. et al.] // J. Nerv. Ment. Dis. – 2010. – Vol. 198, issue 1. – P. 67–71.
8. Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia / [Robinson D. G., Woerner M. G., Delman H. M. et al.] // Schizophr Bull. – 2005. – Vol. 31, issue 3. – P. 705–722.
9. Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update / [Penn D. L., Waldheter E. J., Perkins D. O. et al.] // Am. J. Psychiatry. – 2005. – Vol. 162. – P. 2220–2232.

References

1. Gurovich, I. Ja., & Shmukler, Ja. B. (2010). *Pervyj psihoticheskij jepizod [The first psychotic episode]*. Moscow: Mezhpaktika-M, 544 p. (In Russian).
2. Kozhyna, H. M., & Haichuk, L. M. (2010). *Sovremennye podhody k terapii depressivnyh rasstrojstv [Modern approaches to the therapy of depressive*

- disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 129. (In Russian).
3. Maruta, N. O. (2007). Pervyj jepizod psihoza (diagnostika, lechenie, organizacija pomoshhi) [The first episode of psychosis (diagnosis, treatment, organization of health service)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), pp. 21-22. (In Russian).
 4. Mishyiev, V. D. (2004). Suchasni depresyivni rozlady: kerivnytstvo dlia likariv [Modern depressive disorders: a guidance for physicians]. Lviv: Vydavnytstvo Ms, 208 p. (In Ukrainian).
 5. Mykhailov, B. V. (2012). Sovremennoe sostojanie problemy shizofrenii (obzor literatury) [Problems of depressive disorders. A hypothesis of appearance]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 4 (65), pp. 39-47. (In Russian).
 6. Pishel, V. Ya., & Hubenko, K. V. (2007). Suchasni mozhlyvosti rannoho vyavleniia patsientiv z pershyim psykhotychnym epizodom v zahalnomedychnij praktysi [Modern possibilities of early detection of patients with a first psychotic episode in general practice]. *Tavrisheskij zhurnal psichiatrii – Taurian Journal of Psychiatry*, vol. 11, issue 4 (41), pp. 37-41.
 7. Romm, K. L., Rossberg, J. I., Berg, A. O., Barrett, E. A., Faerden, A., Agartz, I., ... Melle, I. (Jan 2010). Depression and depressive symptoms in first episode psychosis. *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 198, issue 1, pp. 67-71. DOI: 10.1097/NMD.0b013e3181c81fc0.
 8. Robinson, D. G., Woerner, M. G., Delman, H. M., & Kane, J. M. (Jul 2005). Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull.*, vol. 31, issue 3, pp. 705-722. DOI: 10.1093/schbul/sbi032.
 9. Penn, D. L., Waldheter, E. J., Perkins, D. O., Mueser, K. T., & Lieberman, J. A. (Dec 2005). Psychosocial treatment for first-episode psychosis: a research update. *Am. J. Psychiatry*, vol. 162, issue 12, pp. 2220-2232. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.12.2220.

ПЕРШІ ПСИХОТИЧНІ ЕПІЗОДИ: КЛІНІКА, ДИНАМІКА, ТЕРАПІЯ

Ю. А. Блажевич

Актуальність. Перший психотичний епізод (ППЕ) становить істотний інтерес для дослідників і лікарів-практиків з огляду на важливість якісного купірування психозу на початковому етапі захворювання, а також можливість саме на цьому етапі домогтися конструктивного рівня комплаєнсу і збереження соціалізації.

Мета – вивчити особливості клініки і її динаміки при ППЕ; вивчити структуру депресій при ППЕ та когнітивні порушення, їх зв'язок зі структурою захворювання, їх зміни в динаміці. Оцінити умови формування якісної ремісії, причини рецидивів, фактори дотримання комплаєнсу, питання соціалізації пацієнтів.

Матеріали та методи. Обстежено 148 пацієнтів (70 чоловіків і 78 жінок) з ППЕ, в клінічній картині захворювання яких були суттєві афективні порушення. Вивчали ППЕ при наступних нозологіях: параноїдна шизофренія (F 20.0); гострі психотичні розлади без симптомів шизофренії (F 23.0) і з симптомами шизофренії (F 23.1); поліморфні шизоафективні розлади (F 25) – депресивний тип (F 25.1); а також маніакальний (F 30) і депресивний (F 32) епізоди. Використано інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, катамнестичний і статистичний методи дослідження.

Результати. Вивчено структуру депресій при ППЕ і в його динаміці. Виділені основні симптоми депресій при ППЕ та проведена кореляція з динамікою психозу. Досліджено особливості нейрокогнітивних порушень у пацієнтів з ППЕ та оцінено їх динаміку в процесі терапії. Представлені дані щодо основних принципів терапії ППЕ, особливостей комплаєнсу, ремісії і реадaptaції. Катамнестичне дослідження пацієнтів з вираженими афективними розладами в структурі ППЕ показало зв'язок структури і ступеня вираженості порушень афекту з характером і частотою рецидивів захворювання, з якістю ремісії, а також з дотриманням пацієнтами комплаєнсу і ступенем їх реадaptaції в суспільство.

Висновки. Знання особливостей перебігу афективної складової психозу в динаміці дозволить розробляти адекватні комплексні терапевтичні програми з досягненням більш швидких і якісних результатів лікування. Отримані прогностичні дані про формування ремісії, причини рецидивів і характер комплаєнсу також сприятимуть високому рівню соціалізації пацієнта.

Ключові слова: перший психотичний епізод, типи депресій, когнітивні розлади, терапія, комплаєнс, ремісія.

FIRST PSYCHOTIC EPISODES: CLINIC, DYNAMICS AND THERAPY

Yu. A. Blazhevych

Backgrounds. The first psychotic episode (FPE) has considerable interest to researchers and practicing physicians in view of the importance of quality relief of psychosis at the initial stage of the disease, as well as the possibilities at this stage to achieve a constructive level of compliance and preservation of socialization.

Objective. The aim was to study the features of the clinic and its dynamics of FPE; to study the structure of depression during the FPE and cognitive impairments, their relation to the structure of the disease, and their changes over time. Assess the conditions for the formation of qualitative remission, the causes of relapse, compliance factors, the issue of socialization of patients.

Materials and methods. We examined 148 patients (70 men and 78 women) with FPE and significant affective disorders in the clinical picture of whose diseases. FPE was studied with the following nosologies: paranoid schizophrenia (F 20.0), acute psychotic disorders without symptoms of schizophrenia (F 23.0) and with symptoms of schizophrenia (F 23.1), polymorphic schizoaffective disorders (F 25) – depressive type (F 25.1), and manic (F 30) and depressive episodes (F 32). Were used information-analytical, socio-demographic, clinical-anamnestic, clinical-psychopathological, psycho-diagnostic, catamnestic and statistical methods of research.

Results. Depressions structure in the FPE and its dynamics were studied. The main symptoms of depression in FPE were identified and correlation with the dynamics of psychosis was carried out. The features of neurocognitive impairments in patients with FPE were studied and their dynamics in the course of therapy was evaluated. Data on the main principles of FPE therapy, features of compliance, remission and readaptation are presented. Catamnestic study of patients with severe affective disorders in the structure of FPE showed the relations between the structure and degree of manifestation of affective disorders with the types and frequency of relapses of the disease, the quality of remission, and compliance with compliance and the degree of their adaptation in society.

Conclusions. Knowledge of the features of the course of the affective component of psychosis in the dynamics will allow developing adequate complex therapeutic programs with the achievement of more rapid and qualitative results of treatment. These forward-looking data on the formation of remission, relapse causes and types of compliance will also contribute to the high level of patient socialization.

Keywords: first psychotic episode, types of depression, cognitive disorders therapy, compliance, remission.

Стаття постуила в редакцію 21.10.2016 г.

БЛАЖЕВИЧ Юлія Анатоліївна, завідувач Центру первинного психотичного епізоду та сучасних методів лікування ТМО «Психіатрія» у м. Києві, м. Київ, Україна; e-mail: blazhevych@ukr.net

БЛАЖЕВИЧ Юлія Анатольевна, заведующая Центром первого психотического эпизода и современных методов лечения ТМО «Психиатрия» в г. Киеве, г. Киев, Украина; e-mail: blazhevych@ukr.net

BLAZHEVYCH Yuliia Anatoliivna, Head of the Center of first psychotic episode and modern methods of treatment of the Territorial medical association «Psychiatry» in Kyiv, Kyiv, Ukraine; e-mail: blazhevych@ukr.net

Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський, Л. О. Булахова
ГІПЕРКІНЕТИЧНИЙ РОЗЛАД У ДОРΟΣЛИХ
ЯК МОЖЛИВА ПРИЧИНА СОЦІАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ
ilnitska@id-zu.com

Актуальність. Дорослі пацієнти з симптомами розладу з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) рідко звертаються за допомогою до лікарів зі скаргами на порушення активності та уваги, що в більшості випадків призводить до виникнення супутніх психіатричних захворювань та негативних соціальних наслідків.

Мета – визначити вплив симптомів РДУГ у дорослих пацієнтів на рівень їх соціальної адаптації.

Матеріали та методи. За умов інформованої згоди було обстежено 46 осіб чоловічої статі у віці від 18 до 46 років зі скаргами на проблеми зі спектра симптомів РДУГ. Використовували скринінговий інструментарій (Шкала повідомлень про РДУГ у дорослому віці (ASRS)), напівструктуроване інтерв'ю та клініко-анамнестичний метод.

Результати. Проаналізовано анамнестичні дані рандомізованих осіб щодо часу виникнення та редукції порушень активності та уваги, досліджено рівень їх соціальної адаптації. Встановлено, що у всіх 46 осіб симптоми, що відповідають критеріям РДУГ, відмічались у віці до 12 років. Симптоми гіперкінетичного розладу часто були асоційовані з проявами соціальної дезадаптації.

Висновки. РДУГ у дорослих є розладом, що маніфестує в дитячому віці. Пов'язана з віком хворих клінічна патофізіологія проявляється в переважанні порушень уваги, меншій питомій вазі гіперактивності та імпульсивності. Симптоми зі спектра РДУГ у дорослому віці негативно впливають як на соціальну адаптивність, суспільну успішність, рівень задоволення життям пацієнтів, так і на рівень функціонування та якості життя їх родин.

Ключові слова:

розлад з дефіцитом уваги та гіперактивністю, соціальна дезадаптація, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки.

Актуальність. Гіперкінетичний розлад – це розлад, що характеризується моторною гіперактивністю, порушенням уваги, імпульсивністю та призводить до виражених порушень функціонування особи в основних сферах життя. Гіперкінетичний розлад є досить поширеною формою розладів поведінки у дитячому віці, і, за даними різних джерел, складає від 1,5 до 9 % [1, 2]. За даними Європейської дослідної мережі з гіперкінетичних розладів (EUNETHYDIS), поширеність проблем, що виникають внаслідок дефіциту уваги, гіперактивності чи імпульсивності в популяції дітей шкільного віку, складає від 4 до 19 %. Кількість дітей, які відповідають критеріям гіперкінетичного розладу згідно з DSM-IV-R, становить 3–5 % [3, 4].

Досить тривалий час вважали, що вказаний розлад спостерігається винятково в дитячому віці. Однак уже в 70-х роках XIX ст. почали з'являтися статті, в яких описувалися ознаки порушення активності та уваги в дорослій популяції. Цілком логічно, що в більшості випадків симптоми гіперкінетичного розладу з віком нікуди не зникають. У 1985 році Weiss et al. провели перше

дослідження, в якому прослідкували за змінами в поведінці 63 осіб (середній вік до 25 років), яким у дитячому віці було діагностовано гіперкінетичний розлад. Автори виявили, що приблизно у половини дітей з розладом з дефіцитом уваги і гіперактивністю (РДУГ) прояви цього розладу зберігалися після досягнення повноліття [5]. У 1987 році в DSM-III-R було виділено розділ, присвячений діагностиці РДУГ у дорослих. Схожі дані щодо РДУГ у дорослих були отримані і в результаті ретроспективних досліджень. Зокрема в осіб, у яких було діагностовано РДУГ в дитячому віці, симптоми даного розладу у дорослому віці спостерігаються в близько 50 % випадків [6, 7]. Згідно з даними дослідження коморбідності (NCS-R), поширеність РДУГ у дорослій популяції складає 4,4 % [8].

Однак дорослі пацієнти рідко звертаються за допомогою до лікарів зі скаргами на порушення активності та уваги, що в більшості випадків призводить до виникнення супутніх психіатричних захворювань та негативних соціальних наслідків. 79 % дорослих осіб з РДУГ мають коморбідний психіатричний розлад: 20 – 45 % – опозиційну поведінку, 25 % – антисоціальний розлад осо-

бистості; 12 % – зловживають-алкоголем / наркотиками, мають депресивні, тривожні, соматоформні розлади тощо [9].

На сьогоднішній день існує достатньо даних, які свідчать про можливість збереження симптомів гіперкінетичного розладу у дорослому віці. Крім цього, дані досліджень свідчать про можливі значні негативні наслідки цього розладу як для самого пацієнта, так і для суспільства в цілому. У осіб з гіперкінетичним розладом без адекватного лікування частіше наявні прояви дезадаптації, вони часто змінюють місце роботи та скоюють антисоціальні дії, а це все призводить до значних економічних витрат. При цьому дані досліджень свідчать про доволі високий рівень ефективності своєчасного медикаментозного лікування та медико-соціальної реабілітації таких пацієнтів.

Гіперкінетичний розлад є нозологією із достатньо чітко окресленими діагностичними межами, але не до кінця визначеною етіопатогенетичною концептуалізацією. У Міжнародній класифікації хвороб 10 перегляду (МКХ-10) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесено до рубрик F 90 (гіперкінетичні розлади неаутистичного спектра) та F 84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами – порушення активності та уваги спектра первазивних порушень розвитку). Таким чином, розмежовуються два патологічні процеси. Окрім того, в межах рубрики F 90 розрізняють F 90.0 (порушення активності та уваги – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентраційної функції уваги та відволікання) та F 90.1 (гіперкінетичні розлади поведінки – розлад з дефіцитом уваги та імпульсивністю). Стосовно опису розладів з дефіцитом уваги та гіперактивністю (Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder) у DSM-IV-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders / 4th edition, text revision) використовують подібні дефініції: «стани з дефіцитом уваги», «гіперактивний розлад з дефіцитом уваги». Виділяють три підтипи гіперкінетичного розладу: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю, змішаний. Як DSM IV, так і DSM 5 розглядають РДУГ та розлади аутистичного спектра у межах єдиної діагностичної категорії порушень нейророзвитку. Варто мати на увазі, що для встановлення діагнозу наявні симптоми повинні значною мірою порушувати функціонування особи у віці до 12 років і не можуть бути пояснені наявністю інших психіатричних розладів [10]. В DSM 5 для того, щоб відобразити дані останніх досліджень, які вказують на стійкість симптоматики гіперкінетичного розладу у дорослому віці, були внесені зміни щодо визначення цього стану. Оскільки з віком у осіб з гіперкінетичним розладом спрацьовують механізми адаптації, що супроводжується редукцією надмірної рухливості та імпульсивності, для встановлення діагнозу варто насамперед брати до уваги проблеми з концентрацією уваги, які можуть проявлятися труднощами на роботі та у стосунках з оточуючими.

Для вирішення багатьох проблем, пов'язаних з гіперкінетичним розладом, важливим є розуміння його природи. Доволі тривалий час вважали, що симптоматика гіперкінетичного розладу зумовлена травмою головного мозку. Однак дані сучасних досліджень свідчать про на-

явність дефіциту функцій в префронтальній корі, яка відповідає за робочу пам'ять, увагу, організованість, самоконтроль та імпульсивність. Але, на жаль, механізм цього дефіциту до кінця не вивчено [6, 11]. На сьогодніні результати численних досліджень підтверджують роль генетичного компонента в розвитку гіперкінетичного розладу. Незважаючи на те, що сам геном не зумовлює наявність чи відсутність розладу, результати метааналізу більш ніж 1800 досліджень продемонстрували, що спадкова детермінованість складає 75–91 % [12]. У великому популяційному дослідженні було виявлено, що у 84 % дорослих з симптомами гіперкінетичного розладу мінімум одна дитина мала симптоми даного розладу [13]. Підтверджена і роль впливу комбінованих середовищних чинників.

Мета – визначити вплив симптомів РДУГ у дорослому віці на рівень соціальної адаптації.

Матеріали та методи дослідження

За умов інформованої згоди було обстежено 46 осіб чоловічої статі в віці від 18 до 46 років зі скаргами на проблеми зі спектра симптомів РДУГ. Було використано скринінговий інструментарій (Шкала повідомлень про РДУГ у дорослому віці (ASRS)), напівструктуроване інтерв'ю та клініко-анамнестичний метод.

Результати та їх обговорення

Проаналізовано анамнестичні дані рандомізованих осіб щодо часу виникнення та редукції порушень активності та уваги, досліджено рівень їх соціальної адаптації. У всіх включених у дослідження пацієнтів виявлено не менше 5 симптомів, що відповідали критеріям РДУГ. Зокрема, 100 % обстежуваних повідомили про наявність скарг на проблеми із запам'ятовуванням, неуважність, труднощі у виконанні завдань, що потребують зосередження уваги та організованості, труднощі при завершенні розпочатої роботи, відчуття підвищеної активності. Вказані симптоми відмічали впродовж понад 6 місяців. Крім того, 65 % вказували на наявність відчуття неспокою, 78 % – труднощі в зосередженні уваги під час бесіди, 65 % – в очікуванні своєї черги, 52 % не могли дослухати співрозмовника до кінця, 35 % було важко всидіти на місці (рис. 1).

За результатами аналізу анамнезу життя встановлено, що у всіх 46 осіб симптоми, які відповідають критеріям РДУГ, відмічались у віці до 12 років. Так, всі обстежені



Рис. 1. Симптоми, що відповідають критеріям РДУГ у рандомізованих пацієнтів

мали проблеми із навчанням, уникали виконання домашнього завдання, викрикували відповіді на уроках, були надмірно активні і говірки, не любили гратися в тиші, часто опинялися в осередку конфліктів. 6 (13 %) осіб були об'єктами дискримінації, а 8 (17 %) осіб через погану поведінку вимушені були змінити школу. Всі описані прояви не відповідали віковим особливостям розвитку і негативно впливали на формування соціальних взаємовідносин.

На момент обстеження 42 (91 %) пацієнти мали шкідливі звички: 30 – мали залежність від куріння, 12 – крім залежності від куріння зловживали алкоголем. Вживання наркотичних речовин на момент обстеження всі рандомізовані пацієнти заперечували, хоча 10 осіб розповіли про нетривале вживання «легких наркотиків» у підлітковому віці. Про вчинення антисоціальних дій повідомили 12 (26 %) осіб.

Про часту зміну місця роботи повідомили 34 (74 %) особи. Постійне місце роботи (більше 1 року) мали 12 обстежених (26 %); про конфлікти на роботі повідомили 20 (43 %) чоловіків; задоволеними займаною посадою виявилися лише 14 (30 %) осіб, фінансовий стан задовольняв 20 (43 %) осіб. Своїм соціальним статусом були задоволені 22 (48 %) чоловіки.

У шлюбі на момент опитування перебували 36 (78 %) чоловіків, у 12 (26 %) з них шлюб був повторний. Про часті конфлікти в сім'ї повідомили 28 (61 %) осіб. Перевагу відпочинку поза межами сім'ї (переважно в шумній компанії) надавали 34 (74 %) чоловіки. Екстремальними видами спорту займалися 10 (22 %) осіб (рис. 2).

Висновки

РДУГ у дорослих є розладом, що маніфестує в дитячому віці. Пов'язана з віком хворих клінічна патопластика проявляється в переважанні порушень уваги при меншій питомій вазі гіперактивності та імпульсивності. Аналіз даних анамнезу та результатів, отриманих при використанні діагностичних шкал, дозволяє зробити висновок, що симптоми зі спектра РДУГ у дорослому віці негативно впливають як на соціальну адаптивність, суспільну успішність, рівень задоволення життям пацієнтів, так і на рівень функціонування та якості життя їх родин. Симптоми гіперкінетичного розладу часто асоційовані з проявами соціальної дезадаптації.

Подальшого вивчення потребує оцінка питомої ваги факторів, що зумовлюють низький рівень соціальної адаптації у пацієнтів із РДУГ: фрустрація та травматизація в дитинстві чи соціальна неуспішність, психологічна негнучкість та фрустрація в дорослому віці.

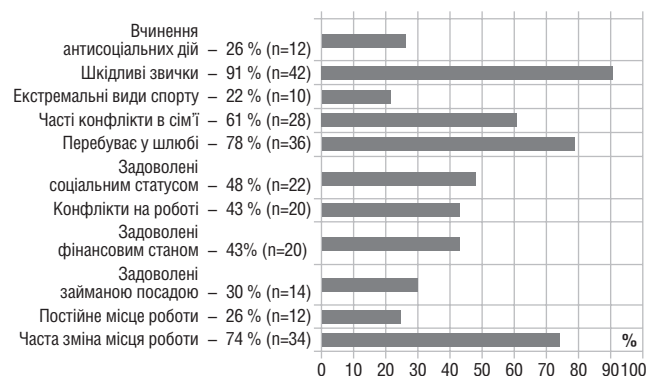


Рис. 2. Характеристика соціального функціонування пацієнтів з РДУГ

Своєчасне виявлення таких пацієнтів та надання їм адекватної допомоги може значно зменшити негативний вплив проявів РДУГ на якість життя та соціальне функціонування індивіда.

Список використаної літератури

- European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade / [E. Taylor, M. Döpfner, J. Sergeant et al.] // *Eur. Child Adolesc. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 13, suppl. 1. – P. I/7–I/30. DOI: 10.1007/s00787-004-1002-x.
- Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. [Електронний ресурс] // National Clinical Practice Guideline. – 2009. – N. 72. – 662 p. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/adhd-full-guideline-241963165>. (Дата звернення 25.09.2016).
- Buitelaar J. K. Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder: what have we learned over the last decade? / J. K. Buitelaar // *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood*; Eds. S. Sandberg. – Cambridge: Cambridge University Press, 2002. – 2nd. – P. 30–63.
- Questioning inhibitory control as the specific deficit of ADHD – evidence from brain electrical activity / T. Banaschewski, D. Brandeis, H. Heinrich [et al.] // *Journal of neural transmission*. – 2004. – № 111. – P. 841–864. DOI: 10.1007/s00702-003-0040-8.
- Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children / G. Weiss, L. Hechtman, T. Milroy [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 1985. – P. 211–220. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60450-7.
- Glick M. Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents / M. Glick. – San Diego: Academic Press, 2009. – 664 p.
- The persistence of attention-deficit / hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder / R. Barkley, M. Fischer, L. Smallish [et al.] // *Journal of Abnormal Psychology*. – 2002. – P. 279–289. DOI: 10.1037/0021-843X.111.2.279.
- Best practices in adult ADHD: epidemiology, impairments, and differential diagnosis / L. Adler, T. Spencer, M. Stein, J. Newcorn // *CNS Spectrums*. – 2008. – No. 8, suppl. 12. – P. 19. DOI: 10.1017/S1092852900003217.
- Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment / Ed. R. A. Barkley. – 4-th ed. – New York, NY: Guilford, 2015. – 898 p.
- Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR [Text]. – 4-th ed. – Washington (DC): American Psychiatric Association, 2000. – 943 p.
- Faraone S. V. Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype [Електронний ресурс] / S. V. Faraone, J. Biederman, M. C. Monuteaux // *Biological Psychiatry*. – 2000. – Vol. 48, issue 1. – P. 21–29. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00230-4. Режим доступу: <https://pdfs.semanticscholar.org/3f7f/484b996be08c7383ba66e8d6a486dacac69.pdf>. (Дата звернення 25.09.2016).
- ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder [Електронний ресурс] / L. Zhang, S. Chang, Z. Li [et al.] // *Nucleic Acids Research*. – 2012. – Vol. 40, issue D 1. – P. D1003–D1009. DOI: 10.1093/nar/gkr992. Режим доступу: <https://academic.oup.com/nar/article/40/D1/D1003/2903731>. ADHDgene-a-genetic-database-for-attention-deficit. (Дата звернення 25.09.2016).
- Faraone S. V. Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder / S. V. Faraone // *Psychiatric Clinics of North America*. – 2004. – Vol. 27, issue 2. – P. 303–321. DOI: 10.1016/S0193-953X(03)00090-X.

References

- Taylor, E., Döpfner, M., Sergeant, J., Asherson, P., Banaschewski, T., Buitelaar, J., ... Zuddas, A. (2004). European clinical guidelines for hyperkinetic disorder – first upgrade. *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 13, Supplement 1, pp. I/7–I/30. DOI: 10.1007/s00787-004-1002-x.
- Attention deficit hyperactivity disorder. Diagnosis and management of ADHD in children, young people and adults. National Clinical Practice Guideline Number 72. (2009). Leicester (UK): British Psychological Society (UK), 662 p. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg72/evidence/adhd-full-guideline-241963165>. (Accessed 25.09.2016).
- Buitelaar, J. K. (2002). Epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder: what have we learned over the last decade? In S. Sandberg (Ed.), *Hyperactivity and Attention Disorders of Childhood* (pp. 30–63). Cambridge: Cambridge University Press.
- Banaschewski, T., Brandeis, D., Heinrich, H., Albrecht, B., Brunner, E., & Rothenberger, A. (2004). Questioning inhibitory control as the specific deficit of ADHD – evidence from brain electrical activity. *Journal of neural transmission*, vol. 111, issue 7, pp. 841–864. DOI: 10.1007/s00702-003-0040-8.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric status of hyperactives as adults: a controlled prospective 15-year follow-up of 63 hyperactive children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 24, issue 2, pp. 211–220. DOI: 10.1016/S0002-7138(09)60450-7.
- Glick, M. (2009). *Evidence-Based Practice with Emotionally Troubled Children and Adolescents*. San Diego: Academic Press, 664 p.
- Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., & Fletcher, K. (2002). The persistence of attention-deficit / hyperactivity disorder into young adulthood as a function

- of reporting source and definition of disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, vol. 7, issue 2, pp. 279-289. DOI: 10.1037/0021-843X.111.2.279.
8. Adler, L. A., Spencer, T. J., Stein, M. A., & Newcorn, J. H. (2008). Best practices in adult ADHD: epidemiology, impairments, and differential diagnosis. *CNS Spectrums*, vol. 13, no. 8, suppl. 12, pp. 19. DOI: 10.1017/S1092852900003217.
 9. Barkley, R. A. (Ed.). (2015). *Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment* (4-th ed.). New York, NY: Guilford, 898 p.
 10. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR* (2000). (4-th ed.). Washington (DC): American Psychiatric Association, 943 p.
 11. Faraone, S. V., Biederman, J., & Monuteaux, M. C. (2000). Attention-deficit disorder and conduct disorder in girls: evidence for a familial subtype. *Biological Psychiatry*, vol. 48, issue 1, pp. 21-29. DOI: 10.1016/S0006-3223(00)00230-4. Retrieved from: <https://pdfs.semanticscholar.org/3f7f/484b996be08c7383ba66e8d6a486daca6f69.pdf>. (Accessed 25.09.2016).
 12. Zhang, L., Chang, S., Li, Z., Zhang, K., Du, Y., Ott, J., & Wang, J. (2012). ADHDgene: a genetic database for attention deficit hyperactivity disorder. *Nucleic Acids Research*, vol. 40, issue D 1, pp. D1003-D1009. DOI: 10.1093/nar/gkr992. Retrieved from: <https://academic.oup.com/nar/article/40/D1/D1003/2903731/ADHDgene-a-genetic-database-for-attention-deficit>. (Accessed 25.09.2016).
 13. Faraone, S. V. (2004). Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 27, issue 2, pp. 303-321. DOI: 10.1016/S0193-953X(03)00090-X.

ГИПЕРКИНЕТИЧЕСКОЕ РАССТРОЙСТВО У ВЗРОСЛЫХ КАК ВОЗМОЖНАЯ ПРИЧИНА СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Т. Ю. Ильницкая, И. А. Марценковский, Л. А. Булахова

Актуальность. Взрослые пациенты с симптомами расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ) редко обращаются за помощью к врачам с жалобами на нарушения активности и внимания, что в большинстве случаев приводит к возникновению сопутствующих психиатрических заболеваний и негативных социальных последствий.

Цель – определить влияние симптомов РДВГ у взрослых пациентов на уровень их социальной адаптации.

Материалы и методы. В условиях информированного согласия было обследовано 46 человек мужского пола в возрасте от 18 до 46 лет с жалобами на проблемы из спектра симптомов РДВГ. Использовали скрининговый инструментарий (Шкала сообщений о РДВГ во взрослом возрасте (ASRS)), полуструктурированное интервью и клинико-anamnestический метод.

Результаты. Проанализированы анамнестические данные рандомизированных лиц по времени возникновения и редукции нарушений активности и внимания, исследован уровень их социальной адаптации. Установлено, что у всех 46 человек симптомы, соответствующие критериям РДВГ, отмечались в возрасте до 12 лет. Симптомы РДВГ часто были ассоциированы с проявлениями социальной дезадаптации.

Выводы. РДВГ у взрослых является расстройством, которое манифестирует в детском возрасте. Связанная с возрастом больных клиническая патофизиология проявляется в преобладании нарушений внимания, меньшем удельном весе гиперактивности и импульсивности. Симптомы со спектра РДВГ во взрослом возрасте негативно влияют как на социальную адаптивность, общественную успешность, уровень удовлетворения жизнью пациентов, так и на уровень функционирования и качество жизни их семей.

Ключевые слова: расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью, социальная дезадаптация, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения.

HYPERKINETIC DISORDER IN ADULTS AS A POSSIBLE CAUSE OF SOCIAL MALADJUSTMENT

T. Yu. Ilnytska, I. A. Martsenkovsky, L. O. Bulakhova

Background. Adult patients with symptoms of attention deficit disorder and hyperactivity (ADHD) rarely turn to doctors with complaints of violations of activity and attention, which in most cases leads to psychiatric comorbidity and the negative social consequences.

Objective: to determine the effect of symptom ADHD in adulthood to the level of social adaptation.

Materials and methods. Under the conditions of informed consent, it was examined 46 males aged 18 to 46 years with complaints of problems with the spectrum of symptoms ADHD using screening tools (about ADHD posts scale in adulthood (ASRS)), semi-structured interviews and clinical and anamnestic method.

Results. Analyzed the medical history of randomized individuals in time of appearance and the reduction of activity and attention disorders, investigated the level of their social adaptation. It was found that all the 46 symptoms relevant ADHD criteria were observed in up to 12 years. Symptoms ADHD often been associated with the manifestations of social exclusion.

Conclusions. ADHD in adults is a disorder cats manifests in childhood. Age-related of clinical pathoplastic in patients manifested in the prevalence of disorders of attention, less specific gravity of hyperactivity and impulsivity. Symptoms range from ADHD in adulthood negatively affect both the social adaptability, social success, the level of satisfaction of the patient's life, and the level of functioning and quality of life of their families.

Keywords: attention deficit disorder and hyperactivity, social exclusion, hyperactivity, impulsiveness, behavioral disturbances.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2016 р.

ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юріївна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, к.мед.н., с.н.с., завідувач відділом психічних розладів дітей та підлітків УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

БУЛАХОВА Лідія Олександрівна, д.мед.н., професор, лікар консультативно-поліклінічного відділення УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна

ІЛЬНИЦКАЯ Татьяна Юрьевна, аспірант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, (УНДІ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: ilnitska@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСКИЙ Игорь Анатольевич, к.мед.н., с.н.с., заведующий отделом психических расстройств детей и подростков УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

БУЛАХОВА Лидия Александровна, д.мед.н., профессор, врач консультативно-поликлинического отделения УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина

ILNYTSKA Tetiana Yuriivna, PhD-student of Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com

MARTSENKOVSKY Igor Anatoliiovych, MD, PhD, Senior Researcher, Head of the Department of Mental Disorders of Child and Adolescent Psychiatry of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

BULAKHOVA Lidiia Oleksandrivna, MD, Sc.D., Professor, Child psychiatrist of the polyclinic department of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine

В. В. Іщук

**КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ
ТРИВОЖНО-ДЕПРЕСИВНИХ ПРОЯВІВ ПСИХОЕНДОКРИННОГО СИНДРОМУ
ПРИ ПАТОЛОГІЇ ЩИТОПОДІБНОЇ ЗАЛОЗИ ТА КОРИ НАДНИРКОВИХ ЗАЛОЗ**

Український науково-практичний центр ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, м. Київ
androman2008@mail.ru

Актуальність. Розмежування клініки психоендокринного синдрому та передморбідних патоперсоналогічних, вторинно-невротичних, сателітних і коморбідних психопатологічних та психозадаптаційних станів є складним завданням через відсутність структурованої типології психоендокринного синдрому і несистематизованість відомостей про нозозалежність семіотики у його структурі. Важливою метою медичної психології, ендокринології, психіатрії та психотерапії є синдромографічний аналіз, компаративна дескрипція та систематизація варіантів клініко-психологічного аранжування психоендокринного синдрому за різних форм ендокринної патології.

Мета – проаналізувати у порівняльному ракурсі структурні клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи. Контингент дослідження склали 300 пацієнтів Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, хворих на психоендокринний синдром на фоні порушення обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Першу групу склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу, другу – 100 хворих із явищами гіпотиреозу, третю – 50 хворих із явищами гіперкортицизму, четверту – 50 хворих із явищами гіпокортицизму.

У ході дослідження були застосовані клініко-психопатологічний, психодіагностичний (реалізований за допомогою авторського структурованого психодіагностичного інтерв'ю (СПІ) та Госпітальної шкали тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983)) методи, а також методи клінічної, описової та математичної статистики.

Результати. У ході дослідження були виявлені та проаналізовані клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих на дисфункцію щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Висновки. За результатами дослідження було виявлено статистично достовірне переважання тривожного компонента психоендокринного синдрому у хворих з проявами гіпофункції щитоподібної залози (порівняно з хворими на гіпертиреоз) та у хворих з гіперфункцією кори надниркових залоз (порівняно з хворими на гіпокортицизм). Також було виявлено переважання депресивного компонента психоендокринного синдрому у хворих з проявами гіперфункції щитоподібної залози (порівняно з хворими на гіпотиреоз) та у хворих на гіпофункцію кори надниркових залоз (порівняно з хворими на гіперкортицизм).

Ключові слова:
психоендокринний синдром, гіпотиреоз, гіпертиреоз, тривога, депресія.

Актуальність. Облігатно наявний у структурі хронічних ендокринопатій психоендокринний синдром є одним із центральних у класі соматогенної психопатології [1, 2, 7].

Аналіз даних літератури вказує на переважно нозографічний ракурс опису психопатологічних проявів ендокринної та дисметаболічної патології при недостатності даних синдромографічного плану. Розмежування

клініки психоендокринного синдрому і передморбідних патоперсоналогічних, вторинно-невротичних, сателітних і коморбідних психопатологічних та психозадаптаційних станів є складним завданням через відсутність структурованої типології психоендокринного синдрому і несистематизованість відомостей про нозозалежність семіотики у його структурі [3, 4, 6].

Моделними варіантами психоендокринного синдрому щодо компаративного аналізу їх клініко-психологічних характеристик, насамперед варіативних патоафективних та патокогнативних порушень, є ендокринні дисфункції (ЕД), пов'язані з порушеннями обміну гормонів (ОГ) щитоподібної залози (ЩЗ) і кори надниркових залоз (КНЗ), внаслідок схожості їх біологічних і метаболічних ефектів [5].

Мета – проаналізувати у порівняльному ракурсі структурні клініко-психопатологічні особливості патоафективного компонента психоендокринного синдрому у хворих з порушеннями обміну гормонів щитоподібної залози та кори надниркових залоз.

Матеріали та методи дослідження

Контингент дослідження склали 437 хворих, які отримували лікування на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України з приводу порушення ОГ ЩЗ та КНЗ, з яких було відібрано 300 хворих із діагностованим Пес. Середній вік обстежених становив $46,33 \pm 1,36$ років, тривалість захворювання на момент дослідження складала від 5 до 25 років.

Першу групу (Г1) склали 100 хворих із явищами гіпертиреозу та клінічно вираженими проявами Пес; другу (Г2) – 100 хворих із явищами гіпотиреозу та клінічно вираженими проявами Пес; третю (Г3) – 50 хворих із явищами гіперкортицизму та проявами Пес в клінічній картині захворювання; четверту (Г4) – 50 хворих із явищами гіпокортицизму та проявами Пес в клінічній картині захворювання.

Клініко-психопатологічний метод був застосований з метою типування та зіставлення клініко-психопатологічних особливостей хворих з порушеннями ОГ ЩЗ та КНЗ.

Психодіагностичний метод був реалізований за допомогою методик:

- авторське структуроване психодіагностичне інтерв'ю (СПІ);
- Госпітальна шкала тривоги і депресії (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983) – для встановлення рівня вираженості депресивної симптоматики;

Для обробки результатів було застосовано методи клінічної, описової та математичної статистики (визначення середньоарифметичних значень і середньоарифметичних відхилень за кожним із кількісних показників $M(s)$, стандартизованої помилки середнього $M \pm m$, коефіцієнта кореляції r , t -критерію Стюдента з універсальним значенням статистичної ймовірності p). Усі розрахунки здійснювали на ПЕОМ за допомогою програм «SPSS 15.0» та «Excel» з пакета «Microsoft Office 2003».

Результати та їх обговорення

З метою аналізу патоафективного компонента Пес було проведено обстеження контингентів з використанням HADS (табл. 1).

За результатами субшкали А HADS у Г1 у 62 (62,0 %) хворих виявлені показники були в межах норми (0 – 7), усереднений показник рівня тривоги ($\Sigma_{\text{срПТ}}$) склав $4,76 \pm 0,17$ балів; у 31 особи (31,0 %) виявлені показники

відповідали субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $8,26 \pm 0,08$ балів; у 7 (7,0 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $12,57 \pm 0,43$ балів.

За результатами субшкали А HADS у Г2 у 47 (47,0 %) хворих виявили показники, що знаходились у межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $3,02 \pm 0,15$ балів, що значуще відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$); у 31 особи (31,0 %) виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ дорівнював $8,39 \pm 0,11$ балів; у 22 (22,00 %) хворих виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $13,81 \pm 0,26$ балів, що відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень тривоги у Г2 перевищував відповідний рівень у Г1.

За результатами субшкали А HADS у Г3 у 6 (12,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $4,33 \pm 0,49$; у 6 (12,0 %) хворих виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій тривозі (8 – 10), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $8,17 \pm 0,17$; у 38 хворих (76,0 %) виявили рівень, що відповідав клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $16,03 \pm 0,26$.

За результатами субшкали А HADS у Г4 у 11 (22,00 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срПТ}}$ склав $4,01 \pm 0,34$; у 18 (36,00 %) хворих виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій тривозі

Таблиця 1. Результати дослідження контингентів із використанням HADS

Шкала	Група	Бали		Кількість хворих	%
		діапазон	$\Sigma_{\text{срПТ}} / \Sigma_{\text{срПД}}$		
А	Г1	0 – 7	$4,76 \pm 0,17$	62	62
		8 – 10	$8,26 \pm 0,08$	31	31
		>11	$12,57 \pm 0,43$	7	7
	Г2	0 – 7	$3,02 \pm 0,15$	47	47
		8 – 10	$8,39 \pm 0,11$	31	31
		>11	$13,81 \pm 0,26$	22	22
	Г3	0 – 7	$4,33 \pm 0,49$	6	12
		8 – 10	$8,17 \pm 0,17$	6	12
		>11	$16,03 \pm 0,26$	38	76
	Г4	0 – 7	$4,01 \pm 0,34$	11	22
		8 – 10	$8,78 \pm 0,17$	18	36
		>11	$14,38 \pm 0,54$	21	42
D	Г1	0 – 7	$4,05 \pm 0,37$	21	21
		8 – 10	$8,35 \pm 0,13$	34	34
		>11	$14,93 \pm 0,29$	45	45
	Г2	0 – 7	$3,82 \pm 0,18$	45	45
		8 – 10	$8,93 \pm 0,11$	39	39
		>11	$12,88 \pm 0,29$	16	16
	Г3	0 – 7	$3,87 \pm 0,21$	30	60
		8 – 10	$8,27 \pm 0,14$	11	22
		>11	$15,56 \pm 0,43$	9	18
	Г4	0 – 7	$4,08 \pm 0,32$	12	24
		8 – 10	$8,2 \pm 0,2$	5	10
		>11	$14,03 \pm 0,24$	33	66

(8 – 10), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $8,78 \pm 0,17$, що значуще відрізняється від результатів Г3 ($p > 0,05$); у 21 (42,0%) хворого виявили рівень, що відповідає клінічно вираженій тривозі (>11), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $14,38 \pm 0,54$, що відрізняється від результатів Г3 ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень тривоги у Г3 перевищував відповідний рівень у Г4.

За результатами субшкали D HADS у Г1 у 21 особи (21,0 %) виявили показники в межах норми (0 – 7), усереднений показник рівня депресії ($\Sigma_{\text{срРД}}$) склав $4,05 \pm 0,37$; у 34 осіб (34,0 %) виявили показники, що відповідають субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $8,35 \pm 0,13$; у 45 (45,0 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $14,93 \pm 0,29$.

За результатами субшкали D HADS у Г2 у 45 (45,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $3,82 \pm 0,18$; у 39 (39,0%) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $8,93 \pm 0,11$, що значуще відрізняється від результатів Г1 ($p > 0,05$); у 16 (16,0 %) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $12,88 \pm 0,29$, що значуще відрізняється від результатів Г1. Наведені дані свідчать, що рівень депресії у Г1 перевищував відповідний рівень у Г2.

За результатами субшкали D HADS у Г3 у 30 (60,0 %) хворих виявили показники в межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $3,87 \pm 0,21$; у 11 (22,0 %) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $8,27 \pm 0,14$; у 9 хворих (18,0 %) виявили

рівень, що відповідав клінічно вираженій депресії (>11), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $15,56 \pm 0,43$.

За результатами субшкали D HADS у Г4 12 (24,0%) хворих виявили показники у межах норми (0 – 7), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $4,08 \pm 0,32$; у 5 (10,0 %) хворих виявили показники, що відповідали субклінічно вираженій депресії (8 – 10), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $8,2 \pm 0,2$ балів; у 33 (66,0%) хворих виявили рівень клінічно вираженої депресії (>11), $\Sigma_{\text{срРД}}$ склав $14,03 \pm 0,24$, що значуще відрізняється від результатів Г3, насамперед за рахунок розширення депресивної симптоматики до клінічно рівня ($p > 0,05$). Наведені дані свідчать, що рівень депресії у Г4 перевищував відповідний рівень у Г3.

Аналіз спектра актуальних для пацієнта нозогенних факторів психотравматизації ідентифікували за допомогою структурованого психодіагностичного інтерв'ю з використанням оригінального опитувальника (табл. 2).

В ході психодіагностичного інтерв'ю проводили аналіз частоти виникнення нозогенних предикторів психотравматизації, заснований на реєстрації виявлених при цілеспрямованому розпитуванні скарг хворих, що містять тяжкі переживання, пов'язані з особистісними і соціальними аспектами захворювання в різні періоди його перебігу.

У Г1 найвираженіший психогенний вплив мали формування функціональних та морфологічних порушень (92 % хворих), факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту (70 % хворих); у Г2 – факт наяв-

Таблиця 2. Опитувальник ідентифікації актуальних нозогенних факторів психотравматизації

Питання	Нозогенний фактор психотравматизації	Відповідь («Так» або «Ні»)
Чи є у Вас нав'язливі думки чи страхи щодо змін у вашому організмі унаслідок захворювання?	Формування функціональних та морфологічних порушень	
Чи сприймаєте Ви наявне у Вас захворювання як свій недолік, негативну рису або проблему, яку неможливо вирішити?	Факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту	
Чи є такі види роботи або розваг, від яких Ви відмовилися унаслідок появи захворювання?	Обмеження фізичної активності	
Чи викликають у Вас психологічний дискомфорт симптоми захворювання?	Наявність морально тяжких симптомів захворювання	
Чи стикалися Ви з необхідністю терпіти сторонню дію ліків, які необхідно приймати постійно для контролю за захворюванням?	Необхідність терапії ліками, що мають виражену побічну дію	
Чи є у Вас нав'язливі думки або страхи щодо можливості розвитку онкологічної патології як наслідку захворювання?	Канцерофобічні переживання	
Чи є у Вас нав'язливі думки або страхи щодо неможливості виконання інтелектуальних задач унаслідок наявності захворювання?	Когнітивні й мнестичні порушення (виявляються інтроспективно)	
Чи стикалися Ви з нестачею коштів для забезпечення ефективної терапії захворювання?	Необхідність дорогих діагностичних і терапевтичних процедур	
Чи втрачали Ви місце роботи або шляхи фінансового забезпечення унаслідок проявів захворювання або трудових обмежень через факт його наявності?	Наявність трудових обмежень, що викликає фінансові труднощі	
Чи втрачали Ви соціальні або особисті зв'язки забезпечення унаслідок проявів захворювання або унаслідок факту його наявності?	Обмеження кола спілкування, що пов'язано з наявністю захворювання чи його симптомами	
Чи викликає у Вас дискомфорт необхідність зміни харчового раціону унаслідок проявів захворювання або унаслідок факту його наявності?	Необхідність дотримуватися дієти, відмови від вживання алкоголю та інших стимулюючих речовин	
Чи стикалися Ви з труднощами при зміні або відмові від ліків, що приймали у зв'язку з захворюванням?	Залежність від прийому замісної гормональної терапії	

ності хронічного захворювання як вітального дефекту (72 % хворих) та обмеження фізичної активності (51 % хворих); у Г3 – формування функціональних та морфологічних порушень (94 % хворих) та канцерофобічні переживання (82 % хворих); у Г4 – залежність від прийому замісної гормональної терапії (76 % хворих) та формування функціональних і морфологічних порушень (92 % хворих).

Висновки

У результаті аналізу патоафективного компонента ПесС ми отримали такі показники:

- в Г1 за результатами субшкали А HADS у 7 % хворих виявили клінічні рівні тривоги, у 31 % хворих – субклінічні. За D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 45 % хворих, субклінічні – у 34 %. Основні психогенні чинники в даній групі – формування функціональних та морфологічних порушень та факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту;
- в Г2 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 22 %, субклінічні – у 31 % хворих; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 16 % хворих, субклінічні – у 39 %. Основні психогенні чинники в даній групі – факт наявності хронічного захворювання як вітального дефекту та обмеження фізичної активності.
- в Г3 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 76 %, субклінічні – у 12 % хворих; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 18 % хворих, субклінічні – у 22 %. Основні психогенні чинники в даній групі – формування функціональних та морфологічних порушень і канцерофобічні переживання.
- в Г4 за результатами субшкали А HADS клінічні рівні тривоги було виявлено у 42 % хворих, субклінічні – у 36 %; за D HADS клінічні рівні депресії було виявлено у 66 % хворих, субклінічні – у 10 %. Основні психогенні чинники в даній групі – залежність від прийому замісної гормональної терапії та формування функціональних і морфологічних порушень.

Список використаної літератури

1. Григорьева Е. А. Сравнительный гормональный и клинический анализ тиреотоксикоза, протекающего со стойкой коморбидной депрессией и без депрессии / Е. А. Григорьева, Е. А. Павлова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 6. – С. 12–16.
2. Ермолаева Л. Г. Тиреоидная функция и психическое состояние в процессе терапии атипичными антипсихотиками при эндогенных психозах / Л. Г. Ермолаева, Л. Н. Горобец, Я. А. Кочетков // Современные проблемы психиатрической эндокринологии. – М.: [Б. и.], 2004. – С. 102–118.
3. Психические нарушения при соматических и эндокринных заболеваниях / В. И. Коростий, В. Л. Гавенко, Г. А. Самардакова, А. М. Кожина. – Харьков: [Б. и.], 2000. – 29 с.
4. Aulinas A. Health-related quality of life in primary and secondary adrenal insufficiency / A. Aulinas, S. M. Webb // Expert review of pharmacoeconomics and outcomes research. – 2014. – Vol. 14, Issue 6. – P. 873–888.
5. Avery T. L. Primary hyperaldosteronism and depression / T. L. Avery // New Zealand Medical Journal. – 1984. – Vol. 97, no. 761. – P. 537.
6. Evaluation of selected cognitive functions before and after surgery for primary hyperparathyroidism / D. Babińska, M. Barczyński, T. Stefaniak [et al.] // Langenbeck's Archives of Surgery. – 2012. – Vol. 397, issue 5. – P. 825–831.
7. Manic-psychotic symptoms as clinical manifestation of hyperparathyroidism / J. S. Badloe, R. F. de Winter, D. Ramlal, A. S. van Amerongen // Tijdschr Psychiatr. – 2013. – Vol. 55, no. 8. – P. 635–639.

References

1. Grigoryeva, E. A., & Pavlova, E. A. (2015). Sravnitel'nyy gormonal'nyy i klinicheskij analiz tireotoksikoza, protekajushhego so stojkoj komorbidnoj depressiej i bez depressii [A comparative hormonal and clinical analysis of thyrotoxicosis with or without comorbid resistant depression]. *Zhurnal Nevrologii i Psikiatrii imeni S.S. Korsakova – Korsakov journal of neurology and psychiatry*, vol. 115, issue 6, pp. 12–16. (In Russian). DOI:10.17116/jnevro2015115612-16.
2. Ermolaeva, L. G., Gorobec, L. N., & Kochetkov, Ja. A. (2004). Tireoidnaja funkcija i psihicheskoe sostojanie v processe terapii atipichnymi antipsihotikami pri jendogennoj psihozah [Thyroid function and mental state in the process of therapy with atypical antipsychotics in endogenous psychoses]. In V. N. Krasnov & L. N. Gorobec (Eds.), *Sovremennye problemy psichiatricheskoj jendokrinologii [Modern problems of psychiatric endocrinology]* (pp. 102–118). Moscow. (In Russian).
3. Korostiy, V. I., Gavenko, V. L., Samardakova, G. O., & Kozhyna, H. M. (2000). *Psihicheskie narusheniya pri somaticheskij i jendokrinnyh zabolevanijah [Mental disorders in somatic and endocrine diseases]*. Kharkiv, 29 p. (In Russian).
4. Aulinas, A., & Webb, S. M. (2014). Health-related quality of life in primary and secondary adrenal insufficiency. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, vol. 14, issue 6, pp. 873–888. DOI:10.1586/14737167.2014.963559.
5. Avery, T. L. (1984). Primary hyperaldosteronism and depression. *New Zealand Medical Journal*, vol. 97, no. 761, pp. 537.
6. Babińska, D., Barczyński, M., Stefaniak, T., Oseka, T., Babińska, A., Babiński, D., ... Sledziński, Z. (2012). Evaluation of selected cognitive functions before and after surgery for primary hyperparathyroidism. *Langenbeck's Archives of Surgery*, vol. 397, issue 5, pp. 825–831. DOI:10.1007/s00423-011-0885-5.
7. Badloe, J. S., de Winter, R. F., Ramlal, D., & van Amerongen, A. S. (2013). Manisch-psychotische verschijnselen in het kader van hyperparathyreoïdie met specifiek beloop [Manic-psychotic symptoms as clinical manifestation of hyperparathyroidism]. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, vol. 55, no. 8, pp. 635–639. (In Dutch).

КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПСИХОЭНДОКРИННОГО СИНДРОМА ПРИ ПАТОЛОГИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И КОРЫ НАДПОЧЕЧНИКОВ

В. В. Ищук

Актуальность. Разграничения клиники психоэндокринного синдрома и передморбидных патоперсоналогических, вторично-невротических, спутных и коморбидных психопатологических и психосоматических состояний является сложной задачей в силу отсутствия структурированной типологии психоэндокринного синдрома и несистематизированности сведений о нозологической семантике и его структуре. Важной целью медицинской психологии, эндокринологии, психиатрии и психотерапии являются синдромографический анализ, компаративная дескрипция и систематизация вариантов клинико-психологической аранжировки психоэндокринного синдрома при различных формах эндокринной патологии.

Цель – проанализировать в сравнительном ракурсе структурные клинико-психопатологические особенности патоафективного компонента психоэндокринного синдрома у больных с нарушением обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников.

Материалы и методы. Контингент исследования составили 300 пациентов Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины с психоэндокринным синдромом на фоне нарушения обмена гормонов щитовидной железы и коры надпочечников.

Из них первую группу составили 100 больных с явлениями гипертиреоза, вторую – 100 больных с явлениями гипотиреоза, третью – 50 больных с явлениями гиперкортицизма, четвертую – 50 больных с явлениями гипокортицизма. В ходе исследования были применены клинико-психопатологический, психодиагностический (реализован с помощью авторского структурированного психодиагностического интервью (СПИ) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983)) методы, а также методы клинической, описательной и математической статистики.

Результаты. В ходе исследования были выявлены и проанализированы клинико-психопатологические особенности патоафективного компонента психоэндокринного синдрома у больных с дисфункцией щитовидной железы и коры надпочечников.

Выводы. По результатам исследования было выявлено статистически достоверное преобладание тревожного компонента психоэндокринного синдрома у больных с проявлениями гипофункции щитовидной железы (по сравнению с больными гипертиреозом) и у больных с гиперфункцией коры надпочечников (по сравнению с больными гипокортицизмом). Также было обнаружено преобладание депрессивного компонента психоэндокринного синдрома у больных с проявлениями гиперфункции щитовидной железы (по сравнению с больными гипотиреозом) и среди больных гипофункцией коры надпочечников (по сравнению с больными гиперкортицизмом).

Ключевые слова: психоэндокринный синдром, гипотиреоз, гипертиреоз, тревога, депрессия.

CLINICAL AND PSYCHOPATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ANXIETY-DEPRESSIVE PSYCHOENDOCRINE SYNDROME MANIFESTATIONS IN THE THYROID GLAND AND THE ADRENAL CORTEX PATHOLOGY

V. V. Ischuk

Background. The delineation of psychoendocrine syndrome and premorbid pathopsychological, secondary neurotic, satellite and comorbid psychopathological and psychodegradation states is a complex task due to the absence of a structured typology of the psychoendocrinal syndrome and the lack of information systematization on the nosocentrism in its structure semiotics. An important goal of medical psychology, endocrinology, psychiatry and psychotherapy is the syndromographic analysis, comparative description and systematization of clinical and psychological arrangements of psychoendocrine syndrome in various forms of endocrine pathology.

Objective: comparative analyze of the structural clinical and psychopathological features of the pathoaffective component of the psychoendocrine syndrome in patients with impaired metabolism of the thyroid gland and the adrenal cortex.

Materials and methods. The study group consisted of 300 patients from the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, patients with psychoendocrine syndrome on the background of the exchange of thyroid and adrenal cortex hormones violation.

Of these, the first group consisted of 100 patients with hyperthyroidism, the second group consisted of 100 patients with hypothyroidism, the third group included 50 patients with hypercorticism phenomena, and the fourth group consisted of 50 patients with hypocorticism.

In the course of the study, the following methods were used: clinical-psychopathological; psychodiagnostic (implemented using the author's structured psychodiagnostic interview (SPI) and The Hospital Anxiety and Depression scale, HADS, A. S. Zigmond, R. P. Snaith, 1983; methods of clinical, descriptive and mathematical statistics.

Results. In the course of the study, clinical and psychopathological features of the patho-affective component of the psychoendocrine syndrome in patients with thyroid and adrenal cortex dysfunction were identified and analyzed.

Conclusions. Based on the results of the study, a statistically significant prevalence of the anxiety component of the psychoendocrine syndrome among patients with hypothyroidism (compared with hyperthyroidism) and among patients with hyperfunction of the adrenal cortex (in comparison with patients hypocorticism) was revealed. Also, the depressive component of the psychoendocrine syndrome was found to be prevalent among patients with thyroid hyperfunction manifestations (compared to hypothyroidism patients) and among adrenal cortex hypofunction patients (in comparison with patients with hypercorticism).

Keywords: psychoendocrine syndrome, hypothyroidism, hyperthyroidism, anxiety, depression.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2016 р.

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей Министерства охраны здоровья Украины, м. Киев, Украина; e-mail: androman2008@mail.ru

ИЩУК Вадим Васильевич, к. мед. н., старший научный сотрудник Украинского научно-практического центра эндокринной хирургии, трансплантации эндокринных органов и тканей Министерства здравоохранения Украины, г. Киев, Украина; e-mail: androman2008@mail.ru

ISCHUK Vadym Vasylovych, MD, PhD, Senior Researcher of the Ukrainian Scientific and Practical Center of Endocrine Surgery, Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: androman2008@mail.ru

В. Д. Мішиєв^{1,2}, В. І. Харитонов¹, А. О. Попов³, О. Ю. Панічев³, Є. С. Карплюк³ДОСЛІДЖЕННЯ РЕКУРЕНТНОСТІ ВАРІАБЕЛЬНОСТІ РИТМУ СЕРЦЯ
У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ¹Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» в м. Києві²Національна медична академія післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ³Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ**Ключові слова:**фокальна епілепсія,
генералізована епілепсія,
варіабельність серцевого
ритму, нелінійний аналіз.

Актуальність. Дослідження присвячено вивченню характеристик роботи серцево-судинної системи у хворих на епілепсію.

Мета: дослідити рекурентні характеристики варіабельності серцевого ритму (BCP) до та під час епілептичного нападу. Завдання практичної частини роботи: виявити ті характеристики BCP, які змінюються у міру наближення до нападу, а також є відмінними для активності серця в період між нападами та під час нападу.

Матеріали та методи. Розглянуто нелінійні характеристики варіабельності ритму серця до і під час епілептичного нападу у хворих з фокальною (24 особи) і генералізованою (18 осіб) локалізацією джерела активності. Для інтервалів між сусідніми серцевими скороченнями були розраховані параметри рекурентності (рівень рекурентності, детермінізм, ламінарність тощо), які з використанням статистичного тесту Краскела–Уолліса були порівняні для ділянок до і під час епілептичного нападу.

Результати. Визначено, що найбільш значущі відмінності мають характеристики ламінарності (генералізовані напади) і часу захоплення (фокальні напади).

Висновки. Результати роботи можуть бути використані для дослідження роботи серцево-судинної системи у хворих на епілепсію і для прогнозування епілептичних нападів.

Актуальність. Епілепсія є одним із найпоширеніших і найтяжчих захворювань головного мозку. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, на сьогодні близько 50 мільйонів людей у світі страждають від цієї хвороби, її частота складає 1–2 % у дорослих і 4 % у дітей [1]. Захворюваність на епілепсію складає 50–70 випадків на рік на 100 000 населення, цей показник залежить від віку і найвищим є у дітей, молодших одного року (100–230 випадків на 100 000) [2]. Епілепсія не тільки призводить до стигматизації (соціального відчуження), а й пов'язана з коморбідними станами у вигляді депресії, біполярних порушень, синдрому гіперактивності та дефіциту уваги, порушеннями сну, мігренезним головним болем [3]. Вона також пов'язана з підвищеним ризиком раптової смерті. Згідно з даними статистики, близько 30 % пацієнтів, які хворіли на епілепсію, померли від синдрому раптової смерті (SUDEP) при нападі цієї хвороби [4]. Ризик смерті від SUDEP оцінюють як 5–10 на 1000 людино/років. Ризик синдрому раптової смерті у дітей з ідіопатичними та криптогенними формами епілепсії складає 5 %, а з рефрактерними формами – 15 % [4].

Взаємодія епілептичних процесів і вегетативної нервової системи є дуже складним і надзвичайно важливим питанням, оскільки в патологічний процес часто втягаються такі життєво важливі функції як регулювання дихання і серцевого ритму. Механізм взаємодії цих процесів можна поділити на декілька складових:

1. Іктальні (при нападі) вегетативні зміни.
2. Інтеріктальні (між нападами) вегетативні порушення.

3. Вегетативні зміни та синдром раптової смерті (SUDEP) у хворих на епілепсію.

4. Вплив антиконвульсантів на вегетативні зміни.

Вегетативні симптоми можуть першими з'являтися при виникненні епілептичного нападу, або виявлятися в міру поширення епілептичної активності у вегетативні ядра. Вони виникають практично при всіх типах епілептичних нападів.

Зміни серцевого ритму під час епілептичного нападу – добре відомий феномен. Зміни кардіального ритму у вигляді різних паттернів спостерігають практично у всіх пацієнтів: брадикардію з наступною тахікардією виявляють у 64 % пацієнтів з діалептичними і у 100 % у пацієнтів з генералізованими тоніко-клонічними нападами. Тахікардія спостерігалась у 55 % пацієнтів при локалізації патологічного вогнища у скроневій частці, у 20 % – при його лобній локалізації, у 23 % – при лобно-скроневій і у 2 % при потиличній [5]. Більшість іктальних кардіоваскулярних епізодів спостерігають при складних парціальних нападах. Напади з локалізацією вогнища в лобних долях частіше викликають брадиаритмії, ніж тахіаритмії [6].

Досліджень, у яких проводили оцінку інтеріктальних (позасудомних) вегетативних порушень при епілепсії, існує лише декілька. В одному з таких досліджень було показано, що інтеріктальні спайки викликають аритмії у тварин [7]. Провідні вегетативні центри під дією епілептиформної активності можуть зазнавати функціональної чи структурної реорганізації. Так, при проведенні досліджень з використанням ПЕТ (позитронно-емісійна

томографія) визначали зони зниженого метаболізму, що оточують епілептичний фокус [8]. Розтини пацієнтів з епілепсією, які загинули від синдрому раптової смерті (SUDEP), показали фіброз провідної системи серця у 33 % пацієнтів [9]. Для дослідження вегетативної іннервації серцевого м'яза в дослідженні була використана ОФЕКТ (однофотонно-емісійна комп'ютерна томографія). Для цього оцінювали поглинання постгангліонарного адреналіну. Дослідження показало, що у пацієнтів з епілепсією значно знижене постгангліонарне поглинання адреналіну, порівняно зі здоровими добровольцями, що вказує на зміну у цих пацієнтів симпатичної регуляції [10].

Частота смертності хворих на епілепсію в 2–3 рази вища, ніж у загальній популяції. Феномен раптової нез'ясованої смерті у пацієнтів з епілепсією (SUDEP) становить 8–17 % всіх смертей при цій хворобі [11]. Вказаний синдром визначається як раптова, неспостережена, не-травматична, без утоплення смерть людини, яка страждає на епілепсію, у присутності свідків або без них, при якій розтин не виявляє структурної або токсичної причини.

Механізм SUDEP реалізується через кардіальні аритмії, які виникають в іктальний та інтеріктальний періоди і призводять до гострої серцевої недостатності, асистолії [12]. Зниження фонові варіабельності серцевого ритму (BCP) може вказувати на порушення вегетативної регуляції, яка призводить до підвищення шлуночкової активності, що сприяє розвитку аритмій. Скачки концентрації катехоламінів у крові під час епілептичних нападів можуть викликати фіброз провідної системи серця і, як наслідок, аритмії.

З огляду на вищезазначене, питання реєстрації та передбачення появи епілептичних нападів є надзвичайно важливими. Вирішення цього питання дозволить точно визначати наявність і відсутність нападів, їх частоту, ефективність проведеної терапії. Передбачення появи епілептичних нападів дасть можливість уникнути виникнення загрозливих станів (різких падінь, втрат свідомості в місцях з високим ризиком смерті, таких як дороги, водойми тощо), проводити невідкладні інтервенції щодо запобігання виникненню нападів (стимуляція блукаючого нерва тощо). Також вирішення цього питання дозволить запобігати розвитку синдрому раптової смерті у хворих на епілепсію (SUDEP).

Матеріали та методи дослідження

У роботі використано записи нічного моніторингу хворих на епілепсію з генералізованими (18 осіб) та фокальними (24 особи) нападами. Полісомнограми були записані у всіх обстежених з використанням електроенцефалографо-реєстратора комп'ютеризованого портативного «Енцефалан-ЕЕГР-19/26», «Медиком», Росія. Під час дослідження записували 19 каналів електроенцефалограми та електрокардіограму в I відведенні. Разом було задокументовано 504 години записів, які містили 126 нападів.

Після реєстрації сигналів ЕЕГ та ЕКГ на основі записів відеомоніторингу кваліфікованим лікарем були уточнені час початку та закінчення епілептичного нападу та проставлені відповідні мітки, які згодом використовувалися для сегментації сигналів. Для визначення часового розташування R-піків QRS-комплексу ЕКГ було використано власний алгоритм на основі алгоритму Пана–Томпкінса [13].

Завданням експериментальних досліджень було вивчення нелінійних характеристик BCP до початку та під

час епілептичного нападу. Серед можливих методів виявлення нелінійних властивостей BCP було обрано групу показників, які належать до опису рекурентних властивостей часових рядів [14]. Рекурентні характеристики використовують у теорії нелінійного аналізу даних для дослідження фазових траєкторій нелінійних динамічних систем. Вони відображають повторюваність та хаотичність стану і поведінки таких систем на основі аналізу сигналів, які супроводжують їх роботу.

До сьогодні відносно невелика кількість дослідників приділяли увагу рекурентним характеристикам ЕКГ та BCP [15]. Зокрема, Норберт Марван у своїй роботі [16] описує результати застосування характеристик ламінарності часового ряду RR-інтервалів для чисельного опису ділянок перед загрозливими аритміями, що може спростити прогнозування таких станів та їх лікування. Робота Чуа [17] присвячена порівнянню характеристик ентропії та рекурентності для різних станів серцево-судинної системи; були визначені межі зміни цих параметрів з точністю 95 %. Робота Жаворка [18] присвячена дослідженню ортостатичного ефекту з використанням рекурентних характеристик BCP та динаміки тиску крові. У роботі Мохеббі та співавторів [19] представлено результати дослідження рекурентності при пароксизмальній фібриляції шлуночків. Було визначено, що з використанням таких характеристик та подальшого дискримінантного аналізу і класифікації за допомогою методу опорних векторів можна досягти чутливості 96,55 % та специфічності 100 %.

Публікацій, присвячених опису характеристик активності серця при епілепсії, які наведені в даній роботі, знайдено не було. В основному дослідники концентруються на визначенні рекурентних характеристик ЕЕГ до нападу [20], що дозволило визначати характеристики, які відрізняються. В роботі Тіанкіао та співавт. [21] автори використали один канал ЕЕГ та нейронну мережу для прогнозування епілептичного нападу з чутливістю 50–72,2 % та специфічністю 61,9–73,8 %.

Метою нашої роботи було дослідження рекурентних характеристик BCP до та під час епілептичного нападу.

Завданням практичної частини роботи було виявлення тих характеристик BCP, які змінюються у міру наближення до нападу, а також є відмінними для активності серця в період між нападами та під час нападу. В роботі були використані наступні характеристики рекурентності [22–24]:

RR – рівень рекурентності;

Det – детермінізм;

ADL – середня довжина діагоналі;

LLDL – довжина найдовшої діагональної лінії;

EDL – ентропія довжин діагоналей;

Lam – ламінарність;

TT – час захвату;

LLVL – довжина найдовшої вертикальної лінії;

RT1 – час рекурентності I роду;

RT2 – час рекурентності II роду;

RPDE – ентропія густини періоду рекурентності;

CC – коефіцієнт кластеризації;

Trans – транзитивність.

Для достовірної оцінки ступеня відмінності між характеристиками BCP для різних інтервалів часу в даній роботі запропоновано проведення статистичних тестів для перевірки гіпотез.

У такому підході значення параметрів ВСР для певного інтервалу розглядаються як випадкові величини, які є вибіркою з певної генеральної сукупності значень. Статистичні тести поділяються на дві групи: параметричні та непараметричні. Параметричні тести використовуються у випадку, коли закон розподілу ймовірностей генеральної сукупності є відомим, як правило – нормальним. У випадку, коли елементи не підкоряються нормальному закону, використовуються непараметричні тести.

У нашій роботі запропоновано для порівняння результатів клінічних досліджень характеристик ВСР використовувати критерій Краскела–Уолліса (ККУ). ККУ є непараметричним критерієм, призначеним для перевірки, чи є групи значень, які аналізуються, результатами вибірки з однієї і тієї ж самої генеральної сукупності. У контексті даної роботи «групи значень» – це набори значень характеристик ВСР, які визначені на певних інтервалах часу. В роботі запропоновано використовувати такі групи значень:

1. Значення параметрів ВСР у рухомих часових вікнах, що перекриваються та розташовані у період до нападу.
2. Значення параметрів ВСР для заданих інтервалів перед нападом та після його початку.
3. Значення параметрів ВСР перед, під час та після закінчення нападу для заданих інтервалів.

Нульовою гіпотезою в дослідженнях, представлених у нашій роботі, є гіпотеза про те, що вибірки значень параметрів ВСР для різних ділянок узяті з однієї генеральної сукупності. В контексті даної роботи нульова гіпотеза інтерпретується як гіпотеза про те, що параметри ВСР для різних інтервалів сигналу є однаковими. В теорії перевірки статистичних гіпотез нульова гіпотеза повинна бути відхилена. У результаті застосування статистичних тестів отримується ймовірність хибно відхилити нульову гіпотезу (ймовірність помилки I роду) p_1 . Чим меншою є ця ймовірність, тим статистично меншою є кількість випадків, коли гіпотеза щодо однаковості значень характеристик ВСР для різних проміжків часу буде відхилена хибно. В контексті даної роботи вважається, що при низькому значенні ймовірності помилки I роду можна прийняти, що значення характеристик ВСР можуть вважатися статистично різними. Отже, пропонується використовувати значення ймовірності p_1 в якості критерію, за яким обираються ті характеристики ВСР, які суттєво змінюються залежно від епілептичного нападу. Значення p_1 пропонується використовувати в якості параметра для ранжування характеристик ВСР для визначення тих із них, які змінюються найбільш значуще.

Результати та їх обговорення

У роботі були досліджені характеристики ВСР на проміжку часу від 10 хвилин до початку нападу до безпосереднього початку нападу. В експерименті тривалість часового вікна для розрахунку змінювалась від 10 секунд до 3 хвилин, сусідні вікна перекривались на 50 %.

На рисунках 1–2 для прикладу наведені коробчасті графіки результатів розрахунку деяких характеристик рекурентності для епілептичних нападів.

З результатів розрахунків видно, що ймовірності, отримані за критерієм Краскела–Уолліса, для багатьох характеристик є достатньо невеликими.

Значно відрізняються такі характеристики ВСР до та під час генералізованого епілептичного нападу: відношення потужностей в низькочастотному та високо-частотному діапазонах (вікно 90 с), RPDE (вікно 120 с), Lam (вікно 30 с), EDL (вікно 60 с), LLDL (вікно 150 с). Найсуттєвіше відрізняються значення Lam, розраховані у вікні тривалістю 30 с ($p=0.01$).

Відкинути початкову гіпотезу H_0 щодо рівності характеристик ВСР перед та після початку фокального нападу, можна з ймовірністю помилитися від 5 % до 0,1 % для характеристик: Trans, RPDE (для вікон 180 с), LLDL (для вікон 60, 150, 180 с) EDL (для вікон 30, 60, 180 с), Lam (для вікна 30 с), RT1 (для вікон 60–180 с), ADL (для вікон 60, 120–180 с), Det (для вікна 120 с), RR (для вікон 90, 120, 180 с).

Ймовірність помилки I роду менше 0,1 % була виявлена для характеристик LLDL (для вікон 90, 120 с), EDL (для вікон 90, 120, 150 с), Lam (для вікон 60–180 с), TT (для вікон 60–180 с), LLVL (для вікон 60–180 с), ADL (для вікна 90 с), Det (для вікон 60, 90, 150–180 с).

Найменша ймовірність похибки отримана для параметра TT, який розрахований у вікні тривалістю 90 секунд. Вона склала $1,7 \times 10^{-6}$, отже можна вважати, що ця характеристика перед та під час фокального епілептичного нападу відрізняється найсуттєвіше.

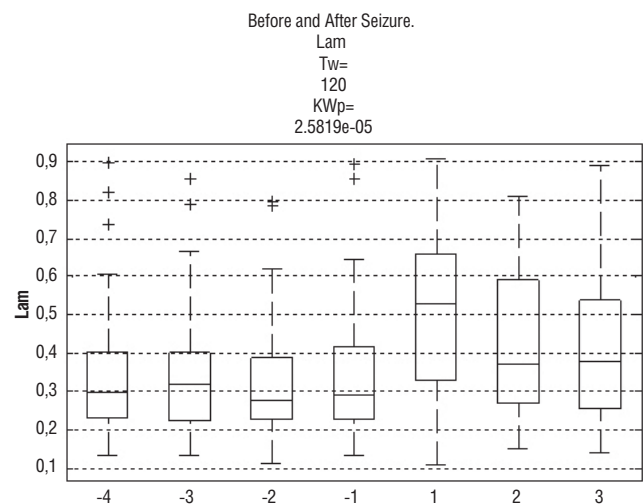


Рис. 1. Ламінарність серцевого ритму до та після фокального нападу, вікно 120 с

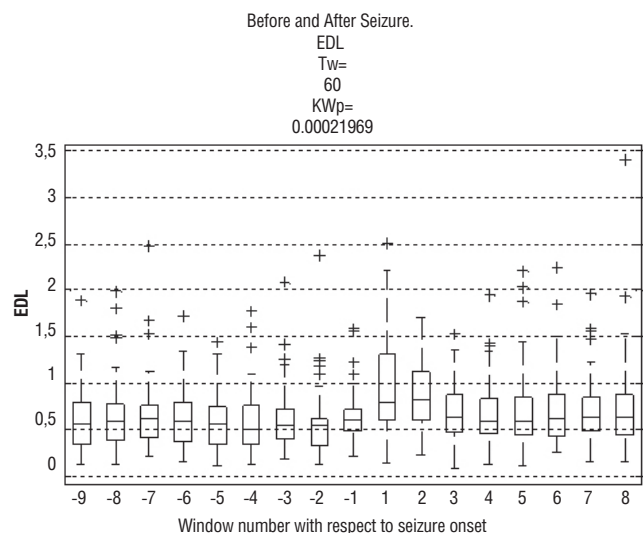


Рис. 2. Ентропія довжин діагональних ліній для рекурентного графіка серцевого ритму до та після фокального нападу, вікно 60 с

З наведених на рисунках результатів, а також з інших результатів, отриманих у роботі, видно, що значення характеристик ВСР після початку нападу, як правило, знижуються через певний час. Це можна пояснити тим, що активність серцево-судинної системи, яка була порушена перед та під час нападу, повертається до своєї нормальної роботи. Динаміка такого повернення може бути характерною для різних пацієнтів, видів та причин епілепсії та відрізнятися для різних параметрів. Для її вивчення та аналізу необхідно провести порівняння характеристик ВСР через певні проміжки часу після початку нападу, та описати динаміку їх змін, що буде задачею подальших досліджень.

Ще одним перспективним напрямком досліджень є використання результатів роботи для прогнозування епілептичних нападів на основі характеристик роботи серцево-судинної системи. Для цього треба обрати ті параметри, для яких відмінність значень при наближенні до нападу та впродовж інтервалу між нападами є достатньо суттєвою. Якщо ці параметри будуть знайдені, то спостерігаючи за ними в реальному часі можна прогнозувати, коли імовірність нападу в найближчому майбутньому висока. Такі дослідження можуть бути застосовані в розробці систем прогнозування чи запобігання епілептичним нападам у майбутньому.

Висновки

У роботі досліджено нелінійні характеристики роботи серцево-судинної системи до та під час епілептичного нападу для різних часових вікон з використанням записів нічного моніторингу пацієнтів з фокальними та генералізованими нападами. Значна кількість параметрів рекурентності відрізняється для ВСР до нападу та безпосередньо перед нападом. Найсуттєвіші відмінності визначені для параметрів ламінарності та часу захвату.

Отримані дані дають можливість стверджувати, що використання окремих характеристик рекурентності ВСР дозволяє діагностувати, а в майбутньому допоможе прогнозувати епілептичні напади.

Список використаної літератури

- Hauser W. A. Epidemiology of epilepsy in children / W. A. Hauser // *Neurosurgery Clinics of North America*. – 1995. – Vol. 6, issue 3. – P. 419–429.
- Panayiotopoulos C. P. A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their Treatment / C. P. Panayiotopoulos. – (2nd revised ed.). – New York : Springer, 2010. – 620 p.
- Comorbidities of epilepsy: Results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey / R. Ottman, R. B. Lipton, A. B. Ettinger [et al.] // *Epilepsia*. – 2011. – Vol. 52, issue 2. – P. 308–315. – DOI:10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x.
- Sillanpaa M. Long-term mortality in childhood-onset epilepsy / M. Sillanpaa, S. Shinnar // *N. Engl. J. Med.* – 2010. – Vol. 363, issue 26. – P. 2522–2529. – DOI:10.1056/NEJMoa0911610.
- The ictal bradycardia syndrome: localization and lateralization / J. W. Britton, G. R. Ghearing, E. E. Benarroch, G. D. Cascino // *Epilepsia*. – 2006. – Vol. 47, issue 4. – P. 737–744. – DOI:10.1111/j.1528-1167.2006.00509.x.
- Altenmuller D. M. High grade atrioventricular block triggered by spontaneous and stimulation induced epileptic activity in the left temporal lobe / D. M. Altenmuller, M. Zehender, A. Schulze-Bonhage // *Epilepsia*. – 2004. – Vol. 45, issue 12. – P. 1640–1644. – DOI:10.1111/j.0013-9580.2004.34403.x.
- Lathers C. M. Cardiac arrhythmia, sudden death and psychoactive agents / C. M. Lathers, L. J. Lipka // *J. Clin. Pharmacol.* – 1987. – Vol. 27, issue 1. – P. 1–14. – DOI:10.1177/009127008702700101.
- Neuroimaging in refractory partial seizures, comparison of PET, CT, and MRI / W. H. Theodore, R. Dorwart, M. Holmes [et al.] // *Neurology*. – 1986. – Vol. 36, no. 6. – P. 750–759. – DOI:10.1212/WNL.36.6.750.
- Kloster R. Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): a clinical perspective and a search for risk factors / R. Kloster, T. Engelskjøn // *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*. – 1999. – Vol. 67, issue 4. – P. 439–444.
- Druschky A. Interictal cardiac autonomic dysfunction in temporal lobe epilepsy demonstrated by [¹²³I]metaiodobenzylguanidine-SPECT / A. Druschky, M. J. Hilz, P. Hopp // *Brain*. – 2001. – Vol. 124, issue 12. – P. 2372–2382. – DOI:10.1093/brain/124.12.2372.

- Population-based study of the incidence of sudden unexplained death in epilepsy / D. M. Ficker, E. L. So, W. K. Shen [et al.] // *Neurology*. – 1998. – Vol. 51, no. 5. – P. 1270–1274. – DOI:10.1212/WNL.51.5.1270.
- Schraeder P. L. Paroxysmal autonomic dysfunction, epileptogenic activity and sudden death / P. L. Schraeder, C. M. Lathers // *Epilepsy Research*. – 1989. – Vol. 3, issue 1. – P. 55–62. – DOI:10.1016/0920-1211(89)90068-5.
- Pan J. A real-time QRS detection algorithm / J. Pan, W. J. Tompkins // *IEEE transactions on biomedical engineering*. – 1985. – Vol. 32, issue 3. – P. 230–236. – DOI:10.1109/TBME.1985.325532.
- Altmann E. G. Recurrence time analysis, long-term correlations, and extreme events / E. G. Altmann, H. Kantz // *Physical Review*. – 2005. – Vol. 71, issue 5. – P. 056106. – DOI:10.1103/PhysRevE.71.056106.
- Heart rate variability: a review / U. Rajendra Acharya, K. Paul Joseph, N. Kannathal [et al.] // *Medical and biological engineering and computing*. – 2006. – Vol. 44, issue 12. – P. 1031–1051. – DOI:10.1007/s11517-006-0119-0.
- Recurrence-plot-based measures of complexity and their application to heart-rate-variability data / N. Marwan, N. Wessel, U. Meyerfeldt [et al.] // *Physical review*. – 2002. – Vol. 66, issue 2. – P. 026702. – DOI:10.1103/PhysRevE.66.026702.
- Computer-based analysis of cardiac state using entropies, recurrence plots and Poincare geometry / K. C. Chua, V. Chandran, U. R. Acharya, C. M. Lim // *Journal of medical engineering & technology*. – 2008. – Vol. 32, issue 4. – P. 263–272. – DOI:10.1080/03091900600863794.
- The effect of orthostasis on recurrence quantification analysis of heart rate and blood pressure dynamics / M. Javorka, Z. Turianikova, I. Tonhajzerova [et al.] // *Physiological measurement*. – 2009. – Vol. 30, issue 1. – P. 29–41. – DOI:10.1088/0967-3334/30/1/003.
- Mohebbi M. Structures of the recurrence plot of heart rate variability signal as a tool for predicting the onset of paroxysmal atrial fibrillation / M. Mohebbi, H. Ghassemian, B. M. Asl // *Journal of medical signals and sensors*. – 2011. – Vol. 1, issue 2. – P. 113–121.
- Automated prediction of epileptic seizures in rats with recurrence quantification analysis / G. Ouyang, L. Xie, H. Chen [et al.] // *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc*. – 2005. – Vol. 1. – P. 153–156. – DOI:10.1109/IEMBS.2005.1616365.
- Predicting Epileptic Seizure by Recurrence Quantification Analysis of Single-Channel EEG / T. Zhu, L. Huang, S. Zhang, Y. Huang // *Proceedings of the 4th international conference on Intelligent Computing: Advanced Intelligent Computing Theories and Applications. With Aspects of Theoretical and Methodological Issues (ICIC '08)* / Eds. by D. S. Huang, D. C. Wunsch, D. S. Levine, K. H. Jo. – Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2008. – Lecture Notes in Computer Science. – Vol. 5226. – P. 438–445. – DOI:10.1007/978-3-540-87442-3_55.
- Zbilut J. P. Embeddings and delays as derived from quantification of recurrence plots / J. P. Zbilut, C. L. Webber // *Physics Letters A*. – 1992. – Vol. 171, issues 3–4. – P. 199–203. – DOI:10.1016/0375-9601(92)90426-M.
- Webber C. L. Dynamical assessment of physiological systems and states using recurrence plot strategies / C. L. Webber, J. P. Zbilut // *Journal of Applied Physiology*. – 1994. – Vol. 76, no. 2. – P. 965–973.
- Recurrence quantification analysis of the logistic equation with transients / L. L. Trulla, A. Giuliani, J. P. Zbilut, C. L. Webber // *Physics Letters A*. – 1996. – Vol. 223, issue 4. – P. 255–260. – DOI:10.1016/S0375-9601(96)00741-4.

References

- Hauser, W. A. (1995). Epidemiology of epilepsy in children. *Neurosurgery Clinics of North America*, vol. 6, issue 3, pp. 419–429.
- Panayiotopoulos, C. P. (2010). *A Clinical Guide to Epileptic Syndromes and their Treatment*. (2nd revised ed.). New York: Springer, 620 p.
- Ottman, R., Lipton, R. B., Ettinger, A. B., Cramer, J. A., Reed, M. L., Morrison, A., & Wan, G. J. (2011). Comorbidities of epilepsy: Results from the Epilepsy Comorbidities and Health (EPIC) survey. *Epilepsia*, vol. 52, issue 2, pp. 308–315. DOI:10.1111/j.1528-1167.2010.02927.x.
- Sillanpaa, M., & Shinnar, S. (2010). Long-term mortality in childhood-onset epilepsy. *N. Engl. J. Med.*, vol. 363, issue 26, pp. 2522–2529. DOI:10.1056/NEJMoa0911610.
- Britton, J. W., Ghearing, G. R., Benarroch, E. E., & Cascino, G. D. (2006). The ictal bradycardia syndrome: localization and lateralization. *Epilepsia*, vol. 47, issue 4, pp. 737–744. DOI:10.1111/j.1528-1167.2006.00509.x.
- Altenmuller, D. M., Zehender, M., & Schulze-Bonhage, A. (2004). High grade atrioventricular block triggered by spontaneous and stimulation induced epileptic activity in the left temporal lobe. *Epilepsia*, vol. 45, issue 12, pp. 1640–1644. DOI:10.1111/j.0013-9580.2004.34403.x.
- Lathers, C. M., & Lipka, L. J. (1987). Cardiac arrhythmia, sudden death and psychoactive agents. *J. Clin. Pharmacol.*, vol. 27, issue 1, pp. 1–14. DOI:10.1177/009127008702700101.
- Theodore, W. H., Dorwart, R., Holmes, M., Porter, R. J., & DiChiro, G. (1986). Neuroimaging in refractory partial seizures, comparison of PET, CT, and MRI. *Neurology*, vol. 36, no. 6, pp. 750–759. DOI:10.1212/WNL.36.6.750.
- Kloster, R., & Engelskjøn, T. (1999). Sudden unexpected death in epilepsy (SUDEP): a clinical perspective and a search for risk factors. *J. Neurol. Neurosurg Psychiatry*, vol. 67, issue 4, pp. 439–444.
- Druschky, A., Hilz, M. J., Hopp, P., Platsch, G., Radespiel-Tröger, M., Druschky, K., ... Neundörfer, B. (2001). Interictal cardiac autonomic dysfunction in temporal lobe epilepsy demonstrated by

- [²³]metaiodobenzylguanidine-SPECT. *Brain*, vol. 124, issue 12, pp. 2372–2382. DOI:10.1093/brain/124.12.2372.
11. Ficker, D. M., So, E. L., Shen, W. K., Annegers, J. F., O'Brien, P. C., Cascino, G. D., & Belau, P. G. (1998). Population-based study of the incidence of sudden unexpected death in epilepsy. *Neurology*, vol. 51, no. 5, pp. 1270–1274. DOI:10.1212/WNL.51.5.1270.
 12. Schraeder, P. L., & Lathers, C. M. (1989). Paroxysmal autonomic dysfunction, epileptogenic activity and sudden death. *Epilepsy Research*, vol. 3, issue 1, pp. 55–62. DOI:10.1016/0920-1211(89)90068-5.
 13. Pan, J., & Tompkins, W. J. (1985). A real-time QRS detection algorithm. *IEEE transactions on biomedical engineering*, vol. 32, issue 3, pp. 230–236. DOI:10.1109/TBME.1985.325532.
 14. Altmann, E. G., & Kantz, H. (2005). Recurrence time analysis, long-term correlations, and extreme events. *Physical Review*, vol. 71, issue 5, pp. 056106. DOI:10.1103/PhysRevE.71.056106.
 15. Rajendra Acharya, U., Paul Joseph, K., Kannathal, N., Lim, C. M., & Suri, J. S. (2006). Heart rate variability: a review. *Medical and biological engineering and computing*, vol. 44, issue 12, pp. 1031–1051. DOI:10.1007/s11517-006-0119-0.
 16. Marwan, N., Wessel, N., Meyerfeldt, U., Schirdewan, A., & Kurths, J. (2002). Recurrence-plot-based measures of complexity and their application to heart-rate-variability data. *Physical review*, vol. 66, issue 2, pp. 026702. DOI:10.1103/PhysRevE.66.026702.
 17. Chua, K. C., Chandran, V., Acharya, U. R., & Lim, C. M. (2008). Computer-based analysis of cardiac state using entropies, recurrence plots and Poincare geometry. *Journal of medical engineering & technology*, vol. 32, issue 4, pp. 263–272. DOI:10.1080/03091900600863794.
 18. Javorka, M., Turianikova, Z., Tonhajzerova, I., Javorka, K., & Baumert, M. (2009). The effect of orthostasis on recurrence quantification analysis of heart rate and blood pressure dynamics. *Physiological measurement*, vol. 30, issue 1, pp. 29–41. DOI:10.1088/0967-3334/30/1/003.
 19. Mohebbi M., Ghassemlian, H., Asl, B. M. (2011). Structures of the recurrence plot of heart rate variability signal as a tool for predicting the onset of paroxysmal atrial fibrillation. *Journal of medical signals and sensors*, vol. 1, issue 2, pp. 113–121.
 20. Ouyang, G., Xie, L., Chen, H., Li, X., Guan, X., & Wu, H. (2005). Automated prediction of epileptic seizures in rats with recurrence quantification analysis. *Conf Proc IEEE Eng Med Biol Soc.*, vol. 1, pp. 153–156. DOI:10.1109/IEMBS.2005.1616365.
 21. Zhu, T., Huang, L., Zhang, S., & Huang, Y. (2008) Predicting Epileptic Seizure by Recurrence Quantification Analysis of Single-Channel EEG. In: D. S. Huang, D. C. Wunsch, D. S. Levine, K. H. Jo. (Eds.). *Advanced Intelligent Computing Theories and Applications. With Aspects of Theoretical and Methodological Issues. ICIAC 2008. Lecture Notes in Computer Science*, vol. 5226. Springer, Berlin, Heidelberg, pp. 438–445. DOI:10.1007/978-3-540-87442-3_55.
 22. Zbilut, J. P., & Webber, C. L. (1992). Embeddings and delays as derived from quantification of recurrence plots. *Physics Letters A*, vol. 171, issues 3–4, pp. 199–203. DOI:10.1016/0375-9601(92)90426-M.
 23. Webber, C. L., & Zbilut, J. P. (1994). Dynamical assessment of physiological systems and states using recurrence plot strategies. *Journal of Applied Physiology*, vol. 76, no. 2, pp. 965–973.
 24. Trulla, L. L., Giuliani, A., Zbilut, J. P., & Webber, C. L. (1996). Recurrence quantification analysis of the logistic equation with transients. *Physics Letters A*, vol. 223, issue 4, pp. 255–260. DOI:10.1016/S0375-9601(96)00741-4.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКУРРЕНТНОСТИ ВАРИАбельНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА ПАЦИЕНТОВ, БОЛЬНЫХ ЭПИЛЕПСИЕЙ

В. Д. Мишиев, В. И. Харитонов, А. А. Попов, О. Ю. Паничев, Е. С. Карплюк

Актуальность. Исследование посвящено изучению характеристик работы сердечно-сосудистой системы у больных эпилепсией.

Цель: исследовать рекуррентные характеристики вариальности сердечного ритма (BCP) до и во время эпилептического приступа. Задача практической части работы: выявить те характеристики BCP, которые меняются по мере приближения к приступу, а также являются различными для активности сердца в период между приступами и во время приступа.

Материалы и методы. Рассмотрены нелинейные характеристики вариальности ритма сердца до и во время эпилептического приступа у больных с фокальной (24) и генерализованной (18) локализацией источника активности. Для интервалов между соседними сердечными сокращениями были рассчитаны параметры рекуррентности (уровень рекуррентности, детерминизм, ламинарность и др.), которые с использованием статистического теста Краскела–Уоллиса были сравнены для участков до и во время эпилептического приступа.

Результаты. Определено, что наиболее значимые различия имеют характеристики ламинарности (генерализованные припадки) и времени захвата (фокальные припадки).

Выводы. Результаты работы могут быть использованы для исследования работы сердечно-сосудистой системы у больных эпилепсией и для прогнозирования эпилептических припадков.

Ключевые слова: фокальная и генерализованная эпилепсия, вариальность ритма сердца, нелинейный анализ.

STUDY OF RECURRENCE OF HEART RATE VARIABILITY IN PATIENTS WITH EPILEPSY

V. D. Mishyiev, V. I. Kharytonov, A. O. Popov, O. Yu. Panichev, Ye. S. Karplyuk

Background. The work is devoted to study of the characteristics of cardiovascular system in patients with epilepsy.

Objective: to investigate the recurrent characteristics of heart rate variability (HRV) before and during epileptic seizures. The task of the practical part of the work: to identify those characteristics of HRV that change as they approach the attack, and also are different for the activity of the heart in the period between attacks and during an attack.

Methods and materials. Nonlinear characteristics of heart rate variability before and during an epileptic seizure in patients with focal and generalized source localization activity are considered. Intervals between adjacent cardiac contractions recurrence parameters (Recurrence Rate, Determinism, Laminarity etc.) are calculated for 18 patients with generalized epilepsy and 24 with focal, which were compared afterwards for periods before and during an epileptic seizure using Kruskal-Wallis.

Results. The most significant differences are defined for laminarity (generalized seizures) and trapping time (focal seizures).

Conclusion: the results can be used to study the cardiovascular system functioning in patients with epilepsy and for the prediction of epileptic seizures.

Keywords: focal and generalized epilepsy, heart rate variability, nonlinear analysis.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

МИШИЕВ Вячеслав Данилович, д.мед.н., профессор, головний лікар ТМО «Психіатрія» в м. Києві, завідувач кафедри загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, м. Київ, Україна; e-mail: profmvdvua@gmail.com

ХАРИТОНОВ Володимир Ігорович, дитячий психіатр та невролог, нейрофізіолог ТМО «Психіатрія» в м. Києві, Україна; e-mail: vkharytonov69@gmail.com

ПОПОВ Антон Олександрович, к.техн.н., доцент, доцент кафедри фізичної та біомедичної електроніки Національного технічного університету України

«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ, Україна; e-mail: porov.kpi@gmail.com

ПАНИЧЕВ Олег Юрійович, аспірант кафедри фізичної та біомедичної електроніки Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ, Україна

КАРПЛЮК Євген Сергійович, к.техн.н., старший викладач кафедри фізичної та біомедичної електроніки Національного технічного університету України «Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського», м. Київ, Україна

МИШИЕВ Вячеслав Данилович, д.мед.н., профессор, главный врач ТМО «Психиатрия» в г. Киеве, заведующий кафедрой общей, детской, судебной психиатрии и наркологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Украина; e-mail: profmvdvua@gmail.com

ХАРИТОНОВ Владимир Игоревич, детский психиатр, невролог, нейрофизиолог ТМО «Психиатрия» в г. Киеве, Украина; e-mail: vkharytonov69@gmail.com

ПОПОВ Антон Александрович, к.техн.н., доцент, доцент кафедры физической и биомедицинской электроники Национального технического университета Украины

«Киевский политехнический институт имени Игоря Сикорского», г. Киев, Украина; e-mail: porov.kpi@gmail.com

ПАНИЧЕВ Олег Юрьевич, аспирант кафедры физической и биомедицинской электроники Национального технического университета Украины

«Киевский политехнический институт имени Игоря Сикорского», г. Киев, Украина

КАРПЛЮК Евгений Сергеевич, к.техн.н., старший преподаватель кафедры физической и биомедицинской электроники Национального технического университета Украины «Киевский политехнический институт имени Игоря Сикорского», г. Киев, Украина

MISHYIEV Viacheslav Danylovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Kiev Territorial Medical Association «Psychiatry», Head of the Paediatric, Social and Forensic Psychiatry Department of Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine; e-mail: profmvdvua@gmail.com

KHARYTONOV Volodymyr Igorovych, Child Neurologist, Child Psychiatrist, Neurophysiologist of the Kiev Territorial Medical Association «Psychiatry», Kyiv, Ukraine; e-mail: vkharytonov69@gmail.com

POPOV Anton Oleksandrovych, PhD, Docent, Associate Professor of Physical and Biomedical Electronics Department of National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

PANICHEV Oleg Yuriyovych, PhD-student of Physical and Biomedical Electronics Department of National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

KARPLYUK Yevheniy Sergiiyovych, PhD, Senior Lecturer of Physical and Biomedical Electronics Department of National Technical University of Ukraine «Igor Sikorsky Kyiv Polytechnic Institute», Kyiv, Ukraine

ДИТЯЧА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616-079.3:616.895-053.2/159.946.2

K. V. Dubovyk

CLINICAL POLYMORPHISM OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS, DISPLACED FROM THE ZONE OF MILITARY CONFLICT IN THE EAST OF UKRAINE

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

k.v.dubovyk@gmail.com

Keywords:

autism spectrum disorder, trauma, PTSD, psychiatric comorbidity.

Background. Children with ASD lag behind their peers in the development of imitation, speech, motor functions, gaming activities, inter-personal relations. Mental trauma can also lead to delay or regression of development.

Objective. The aim of the study was to investigate the impact of traumatic factors associated with living in a war zone or refugee status on clinical polymorphism and development of children with ASD.

Methods and materials. It randomized 74 children aged 4-7 years with an ASD. The control group consisted of 56 children with ASD without the impact of traumatic factors (permanently residing in regions not covered by military operations). ASD was diagnosed using the diagnostic criteria of ICD-10, ADI-R, ADOS. Dynamics of development and adaptive behavior were assessed using the PEP-R, Vineland-II.

Results. It was found that displaced children and children living in the conflict zone had a more pronounced developmental delays than children in the control group: imitation Δx (months) ± 7 , speech Δx (months) ± 12 , motor functions Δx (months) ± 16 , gaming activities Δx (months) ± 9 , inter-personal relations Δx (months) ± 10 .

Conclusions. Psychic trauma leads to deterioration in the development of children with ASD, increased severity of violations. In this group particularly pronounced motor disturbances (large and fine motor skills, hand-eye coordination, regulation poses).

Children with ASD lag behind their peers in the development of imitation, speech, motor functions, gaming activities, inter-personal relations. Mental trauma can also lead to delay or regression of development [1]. Mental trauma in children with autism spectrum disorder leads to a deterioration of social adaptation, strengthening the autistic symptoms, the appearance of auto-aggressive and aggressive behavior action. The incidence of PTSD in children with autism – 10,7 % after traumatic experience and in general population – 4,5 % [2].

The **aim** of the study was to examine the effect of PTSD on the clinical manifestations of autism spectrum disorders in children who were displaced from the zone of military conflict in the East of Ukraine. Options explore for the development of comorbid psychiatric disorders in children with ASD who had traumatic experiences in history.

Materials and methods

Children in the study group were examined after 12-24 months (21 ± 3), after suffering a traumatic event. ASD diagnosis exhibited in accordance with the criteria of the DSM-IV and ICD-10. Confirmed diagnosis were evaluated by Autism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R) and Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS). Co morbid mental disorders and behavior were assessed on the basis of The Development and Well-Being Assessment (DAWBA). The

results of the screening are shown in Figure 1. The study evaluated quantitative (growth retardation fine, gross motor skills, hand-eye coordination (Psycho-educational Profile (PEP); Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition (Vineland-II)); quality problems (tics, stereotyped movements, pathological habitual actions (Diagnostic Interview Kiddie-Sads-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL)). Also we evaluated the motor areas of the social forms of activity (daily personal and household skills, game activity (Vineland-II)).

The main group was introduced by 74 children who have experienced traumatic experience in the zone of military conflict. PTSD was confirmed in 14 children according to Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV – Child / Adolescent Version (CAPS).

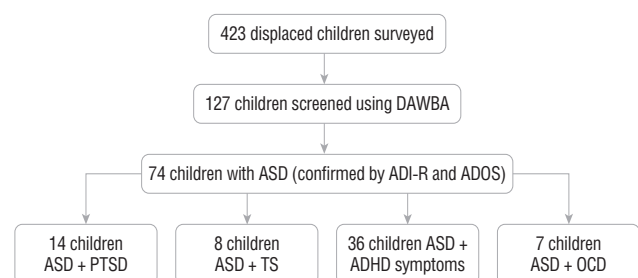


Figure 1. Comorbid disorders in children with autism who have suffered trauma

The control group consisted of 56 children with ASD, without the traumatic experience of history.

Research results

It was found that displaced children and children living in the conflict zone had a more pronounced developmental delays than children in the control group: imitation (months) 7, speech (months) 12, motor functions (months) 16, gaming activities (months) 9, inter-personal relations (months) 10. The dependence of skills level from traumatic experience is shown in Figure 2.

In the group of children with autism and mental trauma self-stimulation behavior were higher by 2.6 times than in the control group. Delay in months for the formation of habits in children displaced from the zone of military conflict for PEP were: Language skills ($\Delta x \pm S$) 51.4 ± 2.03 ; Fine motor ($\Delta x \pm S$) 39.5 ± 3.41 ; Gross motor ($\Delta x \pm S$) 35.1 ± 1.01 ; Ocular-motor imitation ($\Delta x \pm S$) 32.5 ± 2.81 ; for Vineland: Expressive language ($\Delta x \pm S$) 46.2 ± 2.05 ; Receptive language ($\Delta x \pm S$) 49.7 ± 3.41 ; Gross motor ($\Delta x \pm S$) 18.4 ± 2.82 ; Fine motor ($\Delta x \pm S$) 20.9 ± 2.93 .

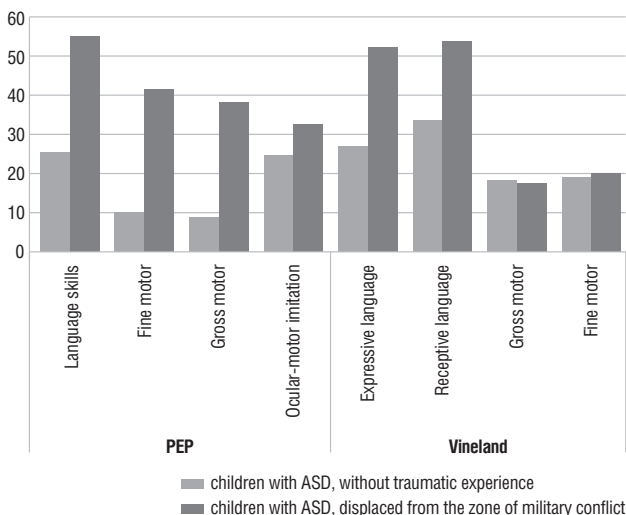


Figure 2. The dependence of skills level from traumatic experience

Mental trauma leads to deterioration in the development of children with ASD, increased severity of violations, emergence auto-aggressive action and aggressive behavior in 2.6 times. 23.9 % of children with autism spectrum disorder subjected to violence.

In control group 80 % of children have particularly pronounced motor disturbances (large and fine motor skills, hand-eye coordination, regulation poses).

The comorbid pathology in research group occurred in 3.4 times more likely than the control group.

Premorbid mental disorders in children in the area of armed conflict affect the clinical polymorphism of developmental disorders, delayed motor development and quality violations of development.

Motor disorders must be considered when designing individual rehabilitation program.

Conclusion

Children who have mental trauma appear to be at highest risk of psychiatric disturbance. Mental trauma significantly affects the clinical prognosis of ASD. It is important to valuation motor progress in development for children with ASD.

References

- Kerns, C. M., Newschaffer, C. J., & Berkowitz, S. J. (Nov 2015). Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, vol. 45, issue 11, pp. 3475–3486. Doi: 10.1007/s10803-015-2392-y.
- Trelles Thorne, M. del P., & Khinda, N. (Aug 2015). Posttraumatic Stress Disorder in a Child with Autism Spectrum Disorder: Challenges in Management. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, vol. 25, no. 6, pp. 514–517. Doi: 10.1089/cap.2015.29011.mptt.
- Bakken, T. L., Helverschou, S. B., Eilertsen, D. E., Heggelund, T., Myrbakk, E., & Martinsen, H. (2010). Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway. *Research in Developmental Disabilities*, vol. 31, issue 6, pp. 1669–1677. Doi: 10.1016/j.ridd.2010.04.009.
- Cohen, J. A., Bukstein, O., Walter, H., Benson, R. S., Chrisman, A., Farchione, T. R., ... Medicus, J. (April 2010). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, issue 4, pp. 414–430. Doi: 10.1016/j.jaac.2009.12.020.
- Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (May 2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, pp. 577–584. Doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577.

Список використаної літератури

- Kerns C. M. Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder / C. M. Kerns, C. J. Newschaffer, S. J. Berkowitz // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. – 2015. – Vol. 45, issue 11. – P. 3475–3486. Doi: 10.1007/s10803-015-2392-y.
- Trelles Thorne M. del P. Posttraumatic Stress Disorder in a Child with Autism Spectrum Disorder: Challenges in Management / M. del P. Trelles Thorne, N. Khinda // *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. – 2015. – Vol. 25, no. 6. – P. 514–517. Doi: 10.1089/cap.2015.29011.mptt.
- Psychiatric disorders in adolescents and adults with autism and intellectual disability: A representative study in one county in Norway / T. L. Bakken, S. B. Helverschou, D. E. Eilertsen [et al.] // *Research in Developmental Disabilities*. – 2010. – Vol. 31, issue 6. – P. 1669–1677. Doi: 10.1016/j.ridd.2010.04.009.
- Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder / J. A. Cohen, O. Bukstein, H. Walter [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. – 2010. – Vol. 49, issue 4. – P. 414–430. Doi: 10.1016/j.jaac.2009.12.020.
- Traumatic events and posttraumatic stress in childhood / W. E. Copeland, G. Keeler, A. Angold, E. J. Costello // *Archives of General Psychiatry*. – 2007. – Vol. 64. – P. 577–584. Doi: 10.1001/archpsyc.64.5.577.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ СПЕКТРА АУТИЗМА, ВРЕМЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ИЗ ЗОНЫ ВОЕННОГО КОНФЛИКТА НА ВОСТОКЕ УКРАИНЫ

К. В. Дубовик

Актуальность. Дети с расстройствами спектра аутизма (РАС) отстают от сверстников в развитии подражания, речи, двигательных функций, игровой деятельности, межличностных отношений. Психическая травма также может приводить к задержке или регрессу развития.

Цель – изучить влияние травматических факторов, связанных с проживанием в зоне военного конфликта или статусом беженцев на клинический полиморфизм и развитие детей с РАС.

Материалы и методы. Рандомизировано 74 ребенка в возрасте 4-7 лет с РАС. Контрольную группу составили 56 детей с РАС без воздействия травматических факторов (постоянно проживавших в регионах, не охваченных военными действиями). РАС диагностировалось с использованием диагностических критериев МКБ-10, ADI-R, ADOS. Динамика развития и адаптивность поведения оценивались с использованием PEP-R, Vineland-II.

Результаты. Установлено, что перемещенные дети и дети, проживающие в зоне конфликта имели более выраженное отставание в развитии, чем дети контрольной группы: для подражания Δx (мес) ± 7 ; речи Δx (мес) ± 12 ; двигательных функций Δx (мес) ± 16 ; игровой деятельности Δx (мес) ± 9 ; межличностных отношений Δx (мес) ± 10 .

Выводы. Психическая травматизация приводит к ухудшению развития детей с РАС, усилению выраженности нарушений. Особо выражены моторные нарушения (крупной и мелкой моторик, зрительно-моторной координации, регуляции поз).

Ключевые слова: расстройства спектра аутизма, травма, ПТСР, сопутствующие психические расстройства.

КЛІНІЧНИЙ ПОЛІМОРФІЗМ ДІТЕЙ З РОЗЛАДАМИ СПЕКТРА АУТИЗМУ,
ЩО БУЛИ ТИМЧАСОВО ПЕРЕМІЩЕНІ ІЗ ЗОНИ ВІЙСЬКОВОГО КОНФЛІКТУ НА СХОДІ УКРАЇНИ

К. В. Дубовик

Вступ. Діти з РСА відстають від однолітків в розвитку копіювання, мови, рухових функцій, ігрової діяльності, міжособистісних відносин. Психічна травма також може призводити до затримки або регресу розвитку.

Мета – вивчити вплив травматичних факторів, пов'язаних з проживанням у зоні воєнного конфлікту чи статусом біженця на клінічний поліморфізм та розвиток дітей з РСА.

Матеріали та методи. Було рандомізовано 74 дитини у віці 4-7 років з РСА. Контрольну групу склали 56 дітей з РСА без впливу травматичних факторів (постійно мешкали в регіонах, не охоплених військовими подіями). РСА діагностувалися з використанням діагностичних критеріїв МКХ-10, ADI-R, ADOS. Динаміка розвитку й адаптивність поведінки оцінювались з використанням PEP-R, Vineland-II.

Результати. Встановлено, що переміщені діти й діти, мешкаючі в зоні конфлікту мали більш виражене відставання у розвитку, чим діти контрольної групи: для копіювання Δx (міс) ± 7 ; мови Δx (міс) ± 12 ; рухових функцій Δx (міс) ± 16 ; ігрової діяльності Δx (міс) ± 9 ; міжособистісних відносин Δx (міс) ± 10 .

Висновки. Психічна травматизація призводить до погіршення розвитку дітей з РСА, посиленню вираженості порушень. Особливо виражені рухові порушення (дужа й дрібна моторика, зорово-моторна координація, регуляція поз).

Ключові слова: розлади спектру аутизму, травма, ПТСР, супутні психічні розлади.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

DUBOVYK Kostiantyn Volodymyrovych, child psychiatrist, PhD-student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

ДУБОВИК Костянтин Володимирович, дитячий психіатр, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

ДУБОВИК Константин Владимирович, детский психиатр, аспирант Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: k.v.dubovyk@gmail.com

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ

УДК 159.915:378.091.212

Г. М. Кожина, М. В. Маркова, Д. І. Маракушин, К. О. Зеленська, М. М. Хаустов, Г. М. Зеленська
КОМПЛЕКСНА СИСТЕМА ПСИХОПРОФІЛАКТИКИ РОЗВИТКУ СТАНІВ ДЕЗАДАПТАЦІЇ
У СТУДЕНТІВ ПЕРШИХ РОКІВ НАВЧАННЯ

Харківський національний медичний університет, м. Харків
amkozhyana888@gmail.com

Ключові слова:
порушення адаптації,
студенти, молодші
курси навчання, система
психопрофілактики.

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів молодших курсів до навчальної діяльності у ВНЗ та розробка системи психопрофілактики вказаних розладів обумовлена тим, що саме перші роки навчання стають особливо напруженими та складними, процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження.

Мета – розробка та апробація системи психопрофілактики розладів адаптації у студентів молодших курсів ВНЗ.

Матеріали та методи. Проведено комплексне обстеження 912 студентів молодших курсів Харківського національного медичного університету обох статей у віці 17 – 24 роки. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Результати. На основі системного підходу до оцінки результату комплексних клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних і психодіагностичних досліджень було встановлено причинно-наслідковий взаємозв'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних факторів, що визначають формування розладів адаптації у студентів молодших курсів.

Висновки. Результати проведеного дослідження були покладені в основу розробки комплексної поетапної системи психопрофілактичної роботи в студентському середовищі, яка включала в себе заходи первинної, вторинної та третинної психопрофілактики.

Актуальність. Вивчення адаптації є предметом дослідження як природничо-наукових, так і соціальних дисциплін і являє собою важливу галузь досліджень, що знаходиться на межі різних наук – фізіології, психології, педагогіки, екології, медицини, соціальної психології тощо. Кожний з цих наук притаманне власне розуміння щодо виділення суттєвих акцентів, специфіки дослідження процесів адаптації та дезадаптації у всіх сферах життєдіяльності, що висувають підвищені вимоги до психофізіологічних ресурсів і адаптаційних резервів людини [3, 7, 11, 12].

Характеризуючи загальний стан розвитку сучасних психофізіологічних і психологічних досліджень адаптації та дезадаптації необхідно зазначити, що відбулася певна еволюція в розумінні сутності цих явищ. Це знаходить висвітлення в таких тенденціях: відбулося остаточне розмежування понять «пристосування» (adjustment) і «адаптації» (adaptation); розвиток досліджень від пасивного пристосування до побудови системи продуктивної взаємодії особистості та середовища; перехід від досягнення гомеостатичної рівноваги до кінцевої мети – самоактуалізації та самореалізації особистості в реальному соціальному середовищі [1, 6, 10, 12].

Аналіз наукової літератури, присвяченої проблемам адаптації та дезадаптації людини до різних видів діяльності, дозволяє стверджувати, що динаміка процесу адаптації студентів до умов навчання у вищих навчальних закладах (ВНЗ) в умовах кредитно-модульної системи освіти та механізмів виникнення у них розладів адаптації досліджена недостатньо, як в теоретичному, так і в практичному аспектах [2, 4, 5].

Більшість авторів розглядають професійну та навчальну адаптацію як один з видів соціальної адаптації, виділяючи при цьому власне професійний (що включає в себе психофізіологічний компонент) і соціально-психологічний аспекти. При цьому соціально-психологічний аспект відіграє провідну роль, визначаючи характер інших аспектів адаптації [8, 9, 12].

Адаптацію особистості можна розглядати на різних рівнях її перебігу, тобто в міжособистісних стосунках, індивідуальній поведінці, базових психічних функціях, психофізіологічній регуляції, фізіологічних механізмах забезпечення діяльності, функціональному резерві організму. У роботах, присвячених дослідженню фізіологічних аспектів адаптації, навчальну адаптацію визначають

як процес, що включає в себе, насамперед, фізіологічні, а також індивідуально-психологічні, поведінкові та соціальні компоненти [1, 4, 8].

Актуальність дослідження порушення адаптації студентів молодших курсів до навчальної діяльності у ВНЗ обумовлена тим, що саме перші роки навчання є особливо напруженими та складними, процес навчання відбувається в умовах інформаційного та емоційного стресу, значного психічного та фізичного напруження. Юнаки та дівчата, закінчивши школу, переходять на новий життєвий етап. Цей етап включає в себе зміну не тільки місця навчання, місця проживання, а й зміну вже усталеного колективу. Новоспеченим студентам потрібно звикнути, адаптуватися як до нової групи, у якій їм часто доведеться перебувати впродовж 5-6 років, так і до нових правил і норм університету [5, 6, 11].

Вищевикладене обумовило актуальність нашого дослідження.

Мета – розробка та апробація системи психопрофілактики розладів адаптації у студентів молодших курсів ВНЗ.

Матеріали та методи дослідження

Для вирішення поставленої мети, нами, з дотриманням принципів біоетики і деонтології, було проведено комплексне обстеження 912 студентів молодших курсів Харківського національного медичного університету (603 вітчизняних студенти; 100 іноземних студентів, які навчаються російською мовою; 209 іноземних студентів, які навчаються англійською мовою), обох статей, у віці 17 – 24 років. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, клініко-анамнестичний, психодіагностичний, статистичний.

Результати та їх обговорення

На підставі аналізу даних клініко-анамнестичного дослідження ми систематизували психосоціальні фактори, що впливають на адаптацію студента до навчання у ВНЗ: зміна життєвого стереотипу (63,2 % вітчизняних студентів, 77,2 % іноземних студентів, які навчаються російською та 81,1 % англійською мовами); труднощі в засвоєнні навчального матеріалу та збільшений обсяг навчального навантаження (83,2 % вітчизняних студентів, 45,2% іноземних студентів, які навчаються російською та 31,1 % – англійською мовами); нова система стосунків із викладачами (15,1 %, вітчизняних студентів, 38,0 % російськомовних і 57,9 % англомовних іноземних студентів); труднощі в адаптації до нового колективу (1,7 %, 17,0 % і 11,0 % відповідно). При цьому навчальний матеріал як на заняттях, так і при самостійній роботі, задовільно засвоюють переважна більшість як вітчизняних, так і іноземних студентів, незалежно від мови навчання.

У ході психодіагностичного дослідження ми проаналізували ефективність розумової працездатності, особливості уваги та стомлення, як стани, що характеризують рівень адаптації до навчальної діяльності. Ефективність розумової працездатності, особливості уваги та стомлення досліджували за допомогою методики «Коректурна проба», яку застосовували двічі, причому встановлювали не тільки вихідний рівень працездатності, але і його зміну (настання стомлення) впродовж однієї

години розумового навантаження. Висновок робили щодо рівня ефективності розумової працездатності та особливостей розумового стомлення.

Як показали результати дослідження, у студентів-чоловіків суттєво покращуються показники продуктивності за рахунок розширення верхньої межі максимальних значень та зниження нижньої межі мінімальних значень показників. Значення показників точності виконуваної роботи залишається незмінним. У студенток спостерігається інша картина: лише трохи знижується верхня межа показників продуктивності і одночасно істотно поліпшуються показники точності виконуваної роботи. Це по-різному характеризує особливості ефективності розумової працездатності у чоловіків і жінок, а саме – для студенток характерна установка на точність, а у студентів-чоловіків – установка на швидкість і продуктивність виконуваної роботи.

При цьому показники точності та продуктивності у жінок були вищі, ніж у чоловіків, як у першій, так і в другій пробі. Однак у чоловіків більш різко виражений приріст показника точності від першої до другої проби, а у жінок він більш «плавний».

За показником продуктивності спостерігали зворотну картину. Більш різкий стрибок у поліпшенні продуктивності виявлено у жінок, а в чоловіків він більш «плавний». Це підтверджує те, що у чоловіків переважає установка на продуктивність виконуваної роботи, а у жінок – на точність. Особливо сильний зсув в область високих значень результатів дослідження показника продуктивності спостерігається в студентів-чоловіків у другій пробі, а в жінок – у першій. Отже, продуктивність розумової діяльності у чоловіків вища після навантаження, а в жінок – перед навантаженням.

Порівнюючи профіль СМОЛ (скорочений багатфакторний опитувальник для дослідження особистості) у адаптованих і дезадаптованих студентів загалом, можна сказати, що для жінок з ознаками дезадаптації характерні відхилення у шкалах депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, тоді як у адаптованих студенток найбільші відхилення спостерігаються у шкалах гіпоманії, іпохондрії. У чоловіків з порушенням адаптації найбільш часто спостерігаються відхилення у шкалах іпохондрії, депресії, гіпоманії, шизофренії. Слід зазначити, що коливання значень за шкалами відбуваються в межах середньої норми (40–60), однак показники психопатії, параної і психастенії виходять за ці межі.

Як показали результати дослідження, іноземні студенти виявляють більш високий рівень розладів адаптації до навчальної діяльності, порівняно з вітчизняними студентами. Так, високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів (психологічних і медичних) виявляють 0,3 % вітчизняних студентів і 0,5 % студентів-іноземців, які навчаються англійською мовою; виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми з реадптації – 1,3 % вітчизняних студентів, 4,0 % і 10,1 % іноземних студентів, які навчаються російською і англійською мовами відповідно; помірний рівень дезадаптації, при якому корисне проведення консультативної роботи фахівців – 26,2 % вітчизняних студентів, 48,0 % російськомовних іноземців і 50,2 % англомовних іноземців.

Базуючись на отриманих даних ми розробили комплексну поетапну систему психопрофілактичної роботи в студентському середовищі, яка включає в себе заходи первинної, вторинної та третинної психопрофілактики (відповідно до класифікації ВООЗ).

Первинна включає в себе заходи, що запобігають виникненню розладів адаптації, а також виділення факторів і груп ризику розвитку станів дезадаптації і організацію психопрофілактичних заходів стосовно до них.

Вторинна об'єднує заходи, спрямовані на профілактику несприятливої динаміки розладів адаптації, їх хронізації, на зменшення патологічних проявів, а також на їх ранню діагностику; тут провідну роль відіграють психотерапевтичні заходи.

Третинна сприяє запобіганню несприятливим соціальним наслідкам захворювання, його рецидивам, основного значення при третинній психопрофілактиці набуває соціальна адаптація.

У системі психопрофілактики розладів адаптації у студентів надзвичайно важливим є дотримання принципів комплексності, послідовності і наступності у проведенні профілактичних заходів.

Висновки

Систематизовано психосоціальні фактори, що впливають на адаптацію студента до навчання у ВУЗі: зміна життєвого стереотипу, труднощі в засвоєнні навчального матеріалу та збільшений обсяг навчального навантаження, нова система стосунків із викладачами, труднощі в адаптації до нового колективу.

Аналіз ефективності розумової працездатності, особливості уваги та стомлення як станів, що характеризують рівень адаптації до навчальної діяльності, дозволив зробити висновок, що у чоловіків переважає установка на продуктивність виконуваної роботи, а у жінок – на точність. Продуктивність розумової діяльності у чоловіків вища після навантаження, в жінок – перед навантаженням.

За результатами аналізу СМОЛ, для жінок з ознаками дезадаптації характерні відхилення у шкалах депресії, іпохондрії, істерії, психопатії, психастенії, а у адаптованих студенток – гіпоманії, іпохондрії. У чоловіків з порушенням адаптації найчастіше спостерігаються відхилення у шкалах іпохондрії, депресії, гіпоманії, шизофренії. Коливання значень у шкалах відбуваються в межах середньої норми, проте показники психопатії, параної і психастенії виходять за ці межі.

Іноземні студенти мають вищий рівень розладів адаптації до навчальної діяльності, порівняно з вітчизняними студентами.

Результати проведеного дослідження були покладені в основу розробки комплексної поетапної системи психопрофілактичної роботи в студентському середовищі, яка включала в себе заходи первинної, вторинної та третинної психопрофілактики.

Список використаної літератури

1. Зорій А. І. Взаємозв'язок особистісних рис студентів-медиків і показників вегетативної нервової системи під час складання іспитів / А. І. Зорій // Медична психологія. – 2010. – Т. 5, № 1 (17). – С. 15–18.
2. Киосева Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов / Е. В. Киосева // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 60–63.

3. Коваленко М. В. Структурний аналіз перфекціонізму у студентів вищих навчальних медичних закладів / М. В. Коваленко // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, № 3 (80). – С. 65–68.
4. К проблеме адаптационного синдрома студентов младших курсов ВУЗов III–IV уровней аккредитации / А. М. Кожина, М. В. Маркова, Е. Г. Гриневич, Е. А. Зеленская // Архив психиатрии. – 2011. – Т. 17, № 4 (67). – С. 32–35.
5. Кожина Г. М. Психопрофілактика порушень адаптації першокурсників до навчальної діяльності у вищому навчальному закладі в умовах кредитно-модульної системи освіти / Г. М. Кожина, Л. М. Гуменик, К. О. Зеленьська // Медична психологія. – 2011. – Т. 6, № 4 (24). – С. 78.
6. Зеленская Е. А. Сравнительный анализ особенностей адаптации к учебной деятельности студентов первокурсников / Е. А. Зеленская // Таврический журнал психиатрии. – 2011. – Т. 15, № 2 (52). – С. 22.
7. Корнієнко О. В. Індивідуально-типологічний (інтровертований) та факторний аналізи психосоматичного здоров'я студенток-дівчат Київського національного університету імені Тараса Шевченка / О. В. Корнієнко // Гуманітарний вісник ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». – 2015. – Вип. 35. – С. 144–151.
8. Лобунець Г. Ю. Проблема розладів психічної сфери студентів, які мають інвалідність / Г. Ю. Лобунець // Медична психологія. – 2012. – Т. 7, № 4 (28). – С. 48–50.
9. Малахов П. С. Проблемність адаптації студентів-медиків / П. С. Малахов, Ю. О. Асєєва, А. С. Харітонова // Медична психологія. – 2016. – Т. 11, № 2 (42). – С. 3–5.
10. Маркова М. В. Система психогієни та психопрофілактики порушення функціонування студентської сім'ї / М. В. Маркова // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 133.
11. Пшук Н. Г. Роль психосоціальних чинників в генезі соціальної дезадаптації у студентської молоді / Н. Г. Пшук, Д. П. Слободянюк // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, № 2 (83). – С. 86–91.
12. Чабан О. С. Шляхи підвищення ефективності навчання студентів за спеціальністю «Медична психологія» / О. С. Чабан, О. О. Хаустова, Л. Є. Трачук // Медична психологія. – 2016. – Т. 24, № 1 (86). – С. 3–8.

References

1. Zorii, A. I. (2010). Vzaïmozv'язok osobystisnykh rys studentiv-medykiv i pokaznykiv vehetatyvnoi nervovoi systemy pid chas skladannia ispytyv [Interrelation of personality traits of medical students and the indicators of the autonomic nervous system during exams]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 5, no. 1 (17), pp. 15–18. (In Ukrainian).
2. Kioseva, O. V. (2016). Psihopatologicheskaja harakteristika jemocional'noj sfery u studentov mladshih kursov [Psychopathological characteristics of an emotional sphere of university first year students]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 1 (86), pp. 60–63. (In Russian).
3. Kovalenko, M. V. (2014). Strukturnyj analiz perfekcionizmu u studentiv vyshchykh navchalnykh medychnykh zakladiv [The structural analysis of students perfectionism]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 3 (80), pp. 65–68. (In Ukrainian).
4. Kozhyna, H. M., Markova, M. V., Hrynevych, Ye. H., & Zelenska, K. O. (2011). K probleme adaptacionnogo sindroma studentov mladshih kursov VUZov III-IV urovnej akkreditacii [The problem of the undergraduate students of universities III-IV accreditation levels]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 17, no. 4 (67), pp. 32–35. (In Russian).
5. Kozhyna, H. M., Humeniuk, L. M., & Zelenska, K. O. (2011). Psykhoprofilaktyka porushen adaptatsii pershokursnykiv do navchalnoi diialnosti u vyshchomu navchalnomu zakladi v umovakh kredytno-modulnoi systemy osvity [Psychoprophylaxis of adaptation disorders of first-year students to educational activity in higher education institution in a credit-module system of education]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 6, no. 4 (24), pp. 78. (In Ukrainian).
6. Zelenska, K. O. (2011). Sravnitel'nyj analiz osobennostej adaptatsii k uchebnoj dejatel'nosti studentov pervokursnikov [Comparative analysis of the features of adaptation to the academic activity of first-year students]. *Tavricheskij zhurnal psykhiatrii – Acta Psychiatrica, Psychologica, Psychotherapeutica et Ethologica Tavrca*, vol. 15, no. 2 (52), pp. 22. (In Russian).
7. Kornienko, O. V. (2015). Indyvidualno-typolohichniy (introvertovanyi) ta faktornyj analizy psykhosomatychnoho zdorov'ia studentok-divchat Kyivskoho natsionalnoho universytetu imeni Tarasa Shevchenka [Individually-typological and factor analysis psychosomatic health of students-girls of Taras Shevchenko National University of Kyiv]. *Humanitarnyj visnyk DVNZ «Pereiaslav-Khmelnyskyi derzhavnyi pedahohichnyi universytet imeni Hryhoriia Skovorody» – The Journal of Humanities State Higher Educational Establishment «Pereiaslav-Khmelnyskyi State Pedagogical University named after Hryhoriy Skovoroda»*, issue 35, pp. 144–151. (In Ukrainian).
8. Lobunets, H. Yu. (2012). Problema rozladiv psykhichnoi sfery studentiv, yaki maiut invalidnist [The problem of adaptation disorder in students with disability]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 7, no. 4 (28), pp. 48–50. (In Ukrainian).
9. Malakhov, P. S., Asieieva, Yu. O., & Kharitonova, A. S. (2016). Problemnist adaptatsii studentiv-medykiv [Problems of adaptation of medical students]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 11, no. 2 (42), pp. 3–5. (In Ukrainian).

10. Markova, M. V. (2007). Systema psykhoihiieny ta psykhoprofilaktyky porushennia funktsionuvannia studentskoi sim'i [System of psychohygiene and psychoprophylaxis of dysfunction student's family]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 15, issue 1 (50), supl., pp. 133. (In Ukrainian).
11. Pshuk, N. H., & Slobodianiuk, D. P. (2015). Rol psykhosotsialnykh chynnykiv v genezi sotsialnoi dezadaptatsii u studentskoi molodi [Role of psychosocial factors in the genesis of social exclusion among student youth]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 86–91. (In Ukrainian).
12. Chaban, O. S., Khaustova, O. O., & Trachuk, L. Ye. (2016). Shliakhy pidvyshchennia efektyvnosti navchannia studentiv za spetsialnistiu «Medychna psykholohiia» [Ways to improve the effectiveness of teaching medical students majoring in medical psychology]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 24, no. 1 (86), pp. 3–8. (In Ukrainian).

КОМПЛЕКСНАЯ СИСТЕМА ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ РАЗВИТИЯ СОСТОЯНИЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВЫХ ЛЕТ ОБУЧЕНИЯ

А. М. Кожина, М. В. Маркова, Д. И. Маракушин, Е. А. Зеленская, М. Н. Хаустов, А. Н. Зеленская

Актуальность исследования нарушения адаптации у студентов младших курсов к учебной деятельности в вузе и разработка системы психопрофилактики данных расстройств обусловлена тем, что именно первые годы учебы становятся особенно напряженными и сложными, процесс обучения проходит в условиях информационного и эмоционального стресса, значительного психического и физического напряжения.

Цель – разработка и апробация системы психопрофилактики расстройств адаптации у студентов младших курсов вузов.

Материалы и методы. Проведено комплексное обследование 912 студентов младших курсов Харьковского национального медицинского университета обоих полов в возрасте 17 – 24 лет. Методы исследования: информационно-аналитический, клиничко-анамнестический, психодиагностические, статистический.

Результаты. На основе системного подхода к оценке результатов комплексных клиничко-анамнестических, клиничко-психопатологических и психодиагностических исследований была установлена причинно-следственная взаимосвязь биологических, социально-психологических и клиничко-психопатологических факторов, определяющих формирование расстройств адаптации у студентов младших курсов.

Выводы. Результаты проведенного исследования были положены в основу разработки комплексной поэтапной системы психопрофилактической работы в студенческой среде, которая включала в себя меры первичной, вторичной и третичной психопрофилактики.

Ключевые слова: нарушение адаптации, студенты, младшие курсы обучения, система психопрофилактики.

COMPLEX SYSTEM OF PSYCHOPROPHYLAXIS OF DESADAPTATION IN STUDENTS OF FIRST YEARS OF EDUCATION

H. M. Kozhyna, M. V. Markova, D. I. Marakushyn, K. O. Zelenska, M. M. Khaustov, H. M. Zelenska

Background. Studies of disadaptation to educational activities in the university in students of junior courses and development of a system for the psychoprophylaxis of these disorders are important, because the first years of study are particularly intense and difficult; the learning process is associated with information and emotional stress and significant mental and physical strain.

Objective. The goal is the development and approbation of the system of psychoprophylaxis of adaptation disorders in students of junior courses of universities.

Materials and methods. A complex survey of 912 students of junior courses of the Kharkiv National Medical University of both sexes was conducted at the age of 17–24 years. Research methods were information and analytical, clinical and anamnestic, psychodiagnostic, statistical.

Results. Based on the systematic approach to the evaluation of the results of complex clinico-anamnestic, clinico-psychopathological and psychodiagnostic studies, a causal interrelation was established between the biological, socio-psychological and clinical-psychopathological factors determining the formation of adaptation disorders in students of junior courses.

Conclusions. The results of the study were the basis for the development of an integrated phased system of psychoprophylaxis in the student environment, which included measures of primary, secondary and tertiary psychoprophylaxis.

Keywords: adaptation disorder, students, junior courses, the system of psychoprophylaxis.

Стаття надійшла до редакції 17.10.2016 р.

КОЖИНА Ганна Михайлівна, д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету (ХНМУ), м. Харків, Україна; e-mail: amkozhyzna888@gmail.com

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, д.мед.н., професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net

МАРАКУШИН Дмитро Ігорович, к.мед.н., доцент, завідувач кафедри фізіології ХНМУ, декан V факультету з підготовки іноземних студентів, м. Харків, Україна; e-mail: physiology2013@ukr.net

ЗЕЛЕНСЬКА Катерина Олексіївна, к.мед.н., асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, м. Харків, Україна; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ХАУСТОВ Максим Миколайович, к.мед.н., доцент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ХНМУ, декан II медичного факультету, м. Харків, Україна; e-mail: dec2@knmu.kharkov.ua

ЗЕЛЕНСЬКА Ганна Миколаївна, асистент кафедри фізіології ХНМУ, м. Харків, Україна; e-mail: anzelenskaya777@gmail.com

КОЖИНА Анна Михайловна, д.мед.н., профессор, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), г. Харьков, Украина; e-mail: amkozhyzna@rambler.ru

МАРКОВА Марианна Владиславовна, д.мед.н., профессор, профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: mariannochka1@ukr.net

МАРАКУШИН Дмитрий Игоревич, к.мед.н., доцент, заведующий кафедрой физиологии ХНМУ, декан V факультета по подготовке иностранных студентов, г. Харьков, Украина; e-mail: physiology2013@ukr.net

ЗЕЛЕНСКАЯ Екатерина Алексеевна, к.мед.н., ассистент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, г. Харьков, Украина; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

ХАУСТОВ Максим Николаевич, к.мед.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ХНМУ, декан II медицинского факультета, г. Харьков, Украина; e-mail: dec2@knmu.kharkov.ua

ЗЕЛЕНСКАЯ Анна Николаевна, ассистент кафедры физиологии ХНМУ, г. Харьков, Украина; e-mail: anzelenskaya777@gmail.com

KOZHYNNA Hanna Mykhailivna, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University (KhNMU), Kharkiv, Ukraine; e-mail: amkozhyzna@rambler.ru

MARKOVA Marianna Vladislavivna, MD, Sc.D., Professor, Professor of Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net

MARAKUSHYN Dmytro Ihorovich, MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Physiology of KhNMU, Dean of the 5th faculty for international students, Kharkiv, Ukraine; e-mail: physiology2013@ukr.net

ZELENSKA Kateryna Oleksiivna, MD, PhD, Assistant of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Kharkiv, Ukraine; e-mail: zelenskaya135@gmail.com

KHAUSTOV Maksym Mykolaiovych, MD, PhD, Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of KhNMU, Dean of 2nd medical faculty, Kharkiv, Ukraine; e-mail: dec2@knmu.kharkov.ua

ZELENSKA Hanna Mykolaivna, MD, Assistant of the Department of Physiology of KhNMU, Kharkiv, Ukraine; e-mail: anzelenskaya777@gmail.com

К. В. Шкода

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ ДРУЖИН І МАТЕРІВ ЧОЛОВІКІВ, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, З ТРИВАЛИМИ ТЕРМІНАМИ ЗАХВОРЮВАННЯ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

doctorshkoda@rambler.ru

Актуальність. Наявність у родині хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом, при якому процес сімейної дезінтеграції зачіпає всіх членів родини. Дослідження особливостей копінг-поведінки має важливе значення для розуміння комплексної характеристики патохарактерологічних змін у дружин та матерів чоловіків, хворих на ПШ.

Мета – дослідити особливості копінг-поведінки у дружин і матерів хворих на параноїдну шизофренію (ПШ) з тривалими термінами захворювання, для визначення мішеней їх медико-психологічної підтримки.

Матеріали та методи. На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 р. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на ПШ, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Середня тривалість захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ років. Підгрупу 1 склали пацієнти, які проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Результати. Аналіз копінг-поведінки дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, виявив значну актуальність конструктивних копінг-стратегій, при цьому дружини частіше використовували стратегію планування вирішення проблеми (показник у дружин $68,48 \pm 16,62$ балів, у матерів – $63,63 \pm 15,81$ балів, $p < 0,05$), пошуку соціальної підтримки (відповідно $62,48 \pm 16,08$ та $59,16 \pm 14,63$ балів, $p < 0,05$) та конфронтаційного копінгу (відповідно $54,93 \pm 17,04$ та $48,58 \pm 14,93$ балів, $p < 0,01$), а матері – стратегії дистанціювання ($60,54 \pm 15,64$ балів проти $56,63 \pm 17,24$ балів у дружин, $p > 0,05$), самоконтролю (відповідно $62,68 \pm 12,55$ проти $59,47 \pm 15,77$ балів, $p < 0,05$), прийняття відповідальності (відповідно $63,91 \pm 21,52$ проти $60,44 \pm 17,95$ балів, $p < 0,05$), втечі-уникнення (відповідно $53,60 \pm 13,75$ проти $48,99 \pm 14,08$ балів, $p < 0,01$), та позитивної переоцінки (відповідно $41,15 \pm 12,75$ проти $38,69 \pm 12,66$ балів, $p < 0,01$).

Висновки. Загалом матерям хворих на ПШ більшою мірою притаманні копінг-стратегії прийняття відповідальності та самоконтролю, а дружинам – стратегії, орієнтовані на допомогу соціального середовища. Отримані дані були покладені нами в основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції дезадаптації дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання.

Ключові слова:

мати хворого на параноїдну шизофренію, дружина хворого на параноїдну шизофренію, дезадаптація, копінг-поведінка.

Актуальність. Проблема дезадаптації у найближчих родичів хворих на шизофренію є важливою складовою комплексної проблеми сімейної та соціальної дезінтеграції, асоційованої з шизофренічним розладом [1, 2].

Наявність у родині хворого на параноїдну шизофренію (ПШ) є надзвичайно потужним хронічним психоемоційним стресом, при цьому процес сімейної дезінтеграції зачіпає не лише самого хворого, а й його родичів, у яких виявляється широкий спектр психологічних змін [3–5]. Ряд авторів пропонують розглядати родичів хворих на

ПШ як «самостійних пацієнтів», що переживають серйозну психічну травму і потребують медико-психологічної допомоги [6, 7].

Важливою характеристикою комплексних дезадаптивних змін у сфері психологічного реагування дружин і матерів чоловіків, хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання, є копінг-поведінка. Дослідження особливостей долаючої поведінки (копінг-поведінки) має важливе значення для розуміння комплексної характеристики патохарактерологічних змін у дружин та матерів чоловіків, хворих на ПШ.

Мета дослідження – вивчити особливості копінг-поведінки у дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання для визначення мішеней їх медико-психологічної підтримки.

Матеріали та методи дослідження

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період з 2012 по 2016 р. клініко-психопатологічним і психодіагностичним методами було обстежено 320 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів – матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ років. Підгрупу 1 склали пацієнти, які проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (166 родин), підгрупу 2 – психічно хворі, які мали власні сім'ї, та їх дружини (154 родини).

Дослідження копінг-поведінки проводили за допомогою опитувальника «Способи долаючої поведінки» S. Folkman and R. Lazarus (1988) в адаптації Т. Л. Крюкової (2002) [8], призначеного для визначення копінг-механізмів та способів подолання труднощів у різних сферах психічної діяльності й копінг-стратегій. Методика складається з 50 тверджень, які пропонується оцінити за чотирибальною операціональною шкалою: 0 – ніколи, 1 – рідко, 2 – іноді, 3 – часто. Результат представляється у балах за основними варіантами копінг-стратегій з використанням спеціальних формул.

Результати та їх обговорення

При дослідженні особливостей копінг-поведінки дружин і матерів хворих на ПШ були виявлені важливі закономірності (табл. 1).

Провідною копінг-стратегією у групі дружин хворих (рис. 1) виявилася стратегія планування вирішення проблеми, яка передбачає намагання подолати проблему шляхом цілеспрямованого аналізу ситуації і можливих варіантів поведінки, напрацювання стратегії вирішення проблеми, планування власних дій з урахуванням об'єктивних умов, власного досвіду і наявних ресурсів. Дана стратегія розглядається як адаптивна і сприяє конструктивному вирішенню труднощів, оскільки дає можливість цілеспрямованого і планомірного вирішення проблемної ситуації. Водночас, недоліками цієї стратегії є більша ймовірність раціоналізації, недостатньої емоційності, інтуїтивності та спонтанності у поведінці. Кількісний показник виразності за даною шкалою склав $68,48 \pm 16,62$ балів.

Другою копінг-стратегією у дружин хворих на ПШ (див. рис. 1) виявилася стратегія пошуку соціальної підтримки (середній показник $62,48 \pm 16,08$ балів), яка передбачає намагання вирішення проблеми за рахунок залучення зовнішніх (соціальних) ресурсів, пошуку інформаційної, емоційної та дієвої підтримки. Використання цієї стратегії передбачає орієнтацію на взаємодію з іншими людьми, очікування уваги, порад, співчуття, а також пошук необхідної інформації для вирішення проблеми (звернення до експертів, знайомих, пошук необхідних знань у зовнішніх джерелах). Для цієї стратегії притаманна потреба в емоційній підтримці, що проявляється прагненням бути вислуханою, отримати емпатійну відповідь, розділити з кимось свої переживання, а при пошуку дієвої підтримки – по-

треба в допомозі конкретними діями. Така стратегія є конструктивною і дає особистості можливість використовувати зовнішні ресурси для вирішення проблемної ситуації. Водночас, така стратегія створює ризик формування залежної позиції або надмірних очікувань від навколишніх.

Актуальною для дружин хворих на ПШ (див. рис. 1) виявилася стратегія прийняття відповідальності (середній показник $60,44 \pm 17,95$ Т-балів), яка передбачає визнання суб'єктом своєї ролі у виникненні проблеми і відповідальності за її вирішення, в ряді випадків – з виразним компонентом самокритики і самозвинувачення. При помірному використанні ця стратегія відображає прагнення особистості до розуміння взаємозв'язку між власними діями і їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку, шукати причини актуальних труднощів в особистих недоліках і помилках. Водночас, вираженість даної стратегії в поведінці може призводити до невинуватливої самокритики, переживання почуття провини і незадоволеності собою, що є фактором ризику розвитку депресивних станів.

Дещо менш вираженою ($59,47 \pm 15,77$ балів) у дослідженій групі була стратегія самоконтролю (див. рис. 1), яка передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок цілеспрямованого придушення і стримування емоцій, мінімізації їх впливу на оцінку ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки, прагнення до самоконтролю.

Ця стратегія також асоційована з тенденцією приховувати від оточуючих свої переживання і прагнення, пов'язані з проблемною ситуацією, а також з надмірною вимогливістю до себе, і, відповідно, до надконтролю поведінки.

Близькими за кількісними значеннями у дружин пацієнтів з ПШ виявилися ознаки використання копінг-стратегії дистанціювання ($56,63 \pm 17,24$ балів) (див. рис. 1), яка передбачає подолання негативних переживань, пов'язаних з проблемою, шляхом суб'єктивного зниження її значущості та ступеня емоційної залученості до неї, зокрема, за рахунок раціоналізації, перемикання уваги, відсторонення, гумору, знецінення тощо; при цьому існує ризик знецінення і власних переживань.

Таблиця 1. Особливості копінг-поведінки у дружин та матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання (у балах)

Варіанти копінг-поведінки	Дружини, $M \pm m$	Матері, $M \pm m$	p
Конфронтаційний копінг	$54,93 \pm 17,04$	$48,58 \pm 14,93$	<0,01
Дистанціювання	$56,63 \pm 17,24$	$60,54 \pm 15,64$	>0,05
Самоконтроль	$59,47 \pm 15,77$	$62,68 \pm 12,55$	<0,05
Пошук соціальної підтримки	$62,48 \pm 16,08$	$59,16 \pm 14,63$	<0,05
Прийняття відповідальності	$60,44 \pm 17,95$	$63,91 \pm 21,52$	<0,05
Втеча-уникнення	$48,99 \pm 14,08$	$53,60 \pm 13,75$	<0,01
Планування вирішення проблеми	$68,48 \pm 16,62$	$63,63 \pm 15,81$	<0,05
Позитивна переоцінка	$38,69 \pm 12,66$	$41,15 \pm 12,75$	<0,01

Дещо рідше дружини хворих на ПШ використовували стратегію конфронтаційного копінгу (середній показник $54,93 \pm 17,04$ балів) (див. рис. 1). Копінг-стратегія конфронтації передбачає спроби вирішення проблеми за рахунок не завжди цілеспрямованої поведінкової активності, здійснення конкретних дій, спрямованих або на зміну ситуації, або на відреагування негативних емоцій у зв'язку з наявними труднощами [2, 5, 6]. Ця стратегія асоційована з імпульсивністю, ворожістю, труднощами планування і прогнозування результатів дій; копінг-дії при цьому втрачають цілеспрямованість і стають переважно результатом розрядки емоційної напруги. Ця стратегія розглядається як неадаптивна, однак за певних умов вона може сприяти подоланню тривоги за рахунок опору труднощам і відстоювання власних інтересів.

Найрідше дружини хворих на ПШ використовували стратегії втечі-уникнення (середній показник $48,99 \pm 14,08$ балів) та позитивної переоцінки (середній показник $38,69 \pm 12,66$ балів) (див. рис. 1).

Копінг-стратегія втечі-уникнення передбачає спроби подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування за типом ухилення: заперечення проблеми, фантазування, невиправданих очікувань, відволікання тощо. Ця стратегія асоційована з використанням неконструктивних форм поведінки у стресових ситуаціях: заперечення або ігнорування проблеми, ухилення від відповідальності і активних дій для її усунення.



Рис. 1. Структура копінг-поведінки у дружин хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання

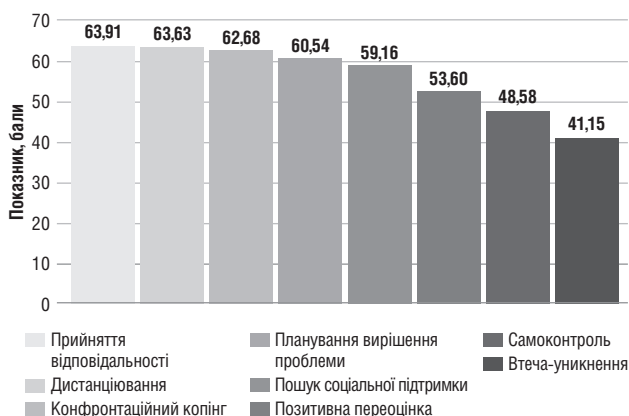


Рис. 2. Структура копінг-поведінки у матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання

Копінг-стратегія позитивної переоцінки передбачає спроби подолання негативних переживань, пов'язаних з проблемою, за рахунок позитивного її переосмислення, розгляду її як стимулу для особистісного зростання. З урахуванням характеру проблеми (тяжке невиліковне прогредіентне психічне захворювання у найближчого родича) недоцільність цієї стратегії у дружин хворих є цілком виправданою.

Копінг-поведінка матерів хворих на ПШ відрізнялася певними особливостями (рис. 2).

Провідною стратегією у даній підгрупі виявилось прийняття відповідальності (середній показник $63,91 \pm 21,52$ балів, розбіжності статистично значущі при порівнянні з дружинами хворих, $p < 0,05$), другою копінг-стратегією у матерів є планування вирішення проблеми (середній показник $63,63 \pm 15,81$ балів, $p < 0,05$), третьою – стратегія самоконтролю (середній показник $62,68 \pm 12,55$ балів, $p < 0,05$) (див. рис. 2). Таким чином, показники копінг-стратегій прийняття відповідальності та самоконтролю у матерів хворих на параноїдну шизофренію є більшими, а стратегії планування вирішення проблеми – меншими, ніж у дружин.

Актуальними для матерів хворих на ПШ були копінг-стратегії дистанціювання (середній показник $60,54 \pm 15,64$ балів, $p > 0,05$), пошуку соціальної підтримки (середній показник $59,16 \pm 14,63$ балів, що значуще менше, ніж у дружин, $p < 0,05$), та втечі-уникнення (середній показник $53,60 \pm 13,75$ балів, що значуще більше, ніж у дружин, $p < 0,01$) (див. рис. 2).

Найменш вираженими у матерів хворих на ПШ були стратегії конфронтаційного копінгу (середній показник $48,58 \pm 14,93$ балів, значуще менше, ніж у дружин, $p < 0,01$) та позитивної переоцінки (середній показник $41,15 \pm 12,75$ балів, значуще більше, ніж у дружин ($p < 0,01$)) (див. рис. 2).

Висновки

Дружини хворих загалом частіше обирали конструктивні копінг-стратегії, пов'язані з намаганням вирішення проблеми, а матері – стратегії, пов'язані з прийняттям на себе відповідальності та уникнення проблемної ситуації.

Отримані дані покладені нами в основу при розробці комплексу заходів психологічної корекції дезадаптації дружин і матерів хворих на ПШ з тривалими термінами захворювання.

Список використаної літератури

1. Association between neurological softsigns, temperament and character in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives / L. Galindo, F. Pastoriza, D. Bergé [et al.] // Peer Journal. – 2016. – Issue 4. – P. 1651–1653.
2. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 13, вип. 3 (64). – С. 133 – 134.
3. Li J. Predictors of family care givers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China / J. Li, C. Lambert, V. Lambert // Nursing and Health Sciences. – 2007. – Vol. 9, issue 3. – P. 192–198.
4. Singh P. M. Burden of schizophrenia on caregivers in Nepal / P. M. Singh, A. Prajapati // Nepal Medical College Journal. – 2013. – Vol. 15, No. 2. – P. 140–143.
5. Жизнь с шизофренией. Что делать? : краткое руководство для пациентов, страдающих шизофренией, и их родственников / Н. А. Марута, А. М. Кожина, В. И. Коростий, Л. М. Гайчук. – Харьков, 2011. – 25 с.
6. Chan S. W. Global Perspective of burden of family care givers for persons with schizophrenia / S. W. Chan // Archives of Psychiatric Nursing. – 2011. – Vol. 25, issue 5. – P. 339–349.

7. Абрамова М. В. Психологическое сопровождение семей больных шизофренией юношеского возраста / М. В. Абрамова // Психологические исследования. – 2010. – № 6 (14). – С. 4–12.
8. Крюкова Т. Л. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Т. Л. Крюкова, Е. В. Куфтяк // Журнал практического психолога. – 2007. – № 3. – С. 93–112.

References

1. Galindo, L., Pastoriza, F., Bergé, D., Mané, A., Picado, M., Bulbena, A., ... Cloninger, C. R. (2016). Association between neurological soft signs, temperament and character in patients with schizophrenia and non-psychotic relatives. *Peer Journal*, issue 4, pp. 1651–1653. DOI: 10.7717/peerj.1651.
2. Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010). Osoblyvosti simeinoi vzaemodii ta adaptatsii v rodyni u patsientiv, khvorykh na shyzofreniiu, z tochky zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu simi [Features of family interaction and family adjustment in patients with schizophrenia in terms of psychotherapeutic potential of family]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, Vol. 13, Issue 3 (64), pp. 133–134. (In Ukrainian).
3. Li, J., Lambert, C., & Lambert, V. (2007). Predictors of family care givers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia

- in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, vol. 9, issue 3, pp. 192–198. DOI: 10.1111/j.1442-2018.2007.00327.x.
4. Singh, P. M., & Prajapati, A. (2013). Burden of schizophrenia on caregivers in Nepal. *Nepal Medical College Journal*, vol. 15, no. 2, pp. 140–143.
5. Maruta, N. O., Kozhyna, G. M., Korostii, V. I., & Haychuk, L. M. (2011). Zhizn' s shyzofreniei. Chto delat'? Kratkoe rukovodstvo dlya pacientov, stradajushhih shyzofreniei, i ih rodstvennikov [Living with schizophrenia. What to do? A brief guide for patients with schizophrenia and their relatives]. Kharkov, 25 p. (In Russian).
6. Chan, S. W. (2011). Global Perspective of burden of family care givers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 25, issue 5, pp. 339–349. DOI: 10.1016/j.apnu.2011.03.008.
7. Abramova, M. V. (2010). Psihologicheskoe soprovozhdenie semej bol'nyh shyzofreniei junosheskogo vozrasta [Psychological follow-up of families with schizophrenia patients of young age]. *Psikhologicheskie Issledovaniya – Psychological research*, no. 6 (14), pp. 4–12. (In Russian).
8. Krjukova, T. L., & Kuftyak, E. V. (2007). Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Questionnaire of ways of coping (adaptation of WCQ methodology)]. *Zhurnal prakticheskogo psihologa – Journal of Practical Psychologist*, no. 3, pp. 93–112. (In Russian).

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ ЖЕН И МАТЕРЕЙ МУЖЧИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ, С ДЛИТЕЛЬНЫМИ СРОКАМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

К. В. Шкода

Актуальность. Наличие в семье больного параноидной шизофренией (ПШ) является чрезвычайно мощным хроническим психоэмоциональным стрессом, при котором процесс семейной дезинтеграции затрагивает всех членов семьи. Исследование особенностей копинг-поведения имеет важное значение для понимания комплексной характеристики патохарактерологических изменений у жен и матерей мужчин, больных ПШ.

Цель – исследовать особенности копинг-поведения жен и матерей больных параноидной шизофренией (ПШ) с длительными сроками заболевания для определения мишеней их медико-психологической поддержки.

Материалы и методы. На базе Харьковского областного психоневрологического диспансера за период с 2012 по 2016 г. клинико-психопатологическим и психодиагностическим методами было обследовано 320 мужчин, больных ПШ, и их ближайших родственников – матерей или жен. Давность заболевания составляла 12,7±3,4 лет. Подгруппу 1 составили пациенты, проживающие в родительской семье, и их матери (166 семей), подгруппу 2 – душевнобольные, имеющие собственные семьи, и их жены (154 семьи).

Результаты. Анализ копинг-поведения жен и матерей мужчин, больных ПШ с длительными сроками заболевания обнаружил значительную актуальность конструктивных копинг-стратегий, при этом жены чаще использовали стратегию планирования решения проблемы (показатель у жен 68,48±16,62 баллов, у матерей – 63±15,81 баллов, p<0,05), поиска социальной поддержки (соответственно 62,48±16,08 и 59,16±14,63 баллов, p<0,05) и конфронтационный копинг (соответственно 54,93±17,04 и 48,58±14,93 баллов, p<0,01), а матери – стратегии дистанцирования (60,54±15,64 против 56,63±17,24 баллов у жен, p > 0,05), самоконтроля (соответственно 62,68±12,55 против 59,47±15,77 баллов, p<0,05), принятия ответственности (соответственно 63,91±21,52 против 60,44±17,95 баллов, p<0,05), избегания (соответственно 53,60±13,75 против 48,99±14,08 баллов, p<0,01) и положительной переоценки (соответственно 41,15±12,75 против 38,69±12,66 баллов, p<0,01).

Выводы. В целом матерям больных ПШ в большей степени присущи копинг-стратегии принятия ответственности и самоконтроля, а женам – стратегии, ориентированные на помощь социальной среды. Полученные данные были положены нами в основу при разработке комплекса мер психологической коррекции дезадаптации жен и матерей больных ПШ с длительными сроками заболевания.

Ключевые слова: мать больного параноидной шизофренией, жена больного параноидной шизофренией, дезадаптация, копинг-поведение.

COMPARATIVE ANALYSIS OF COPING BEHAVIOR OF WIFE AND MOTHER OF MEN WITH LONG TERM PARANOID SCHIZOPHRENIA

К. В. Шкода

Background. The paranoid schizophrenia (PSch) in the family is an extremely powerful chronic psychoemotional stress, in which the process of family disintegration affects all members of the family. The study of the characteristics of coping behavior is important for understanding the complex characteristics of pathocharacterological changes in wives and mothers of men with PSch.

Objective – to investigate the peculiarities of coping behavior of wives and mothers of patients with long term PSch in order to determine the targets of their medical and psychological support.

Methods and materials. On the base of the Kharkov regional psycho-neurological clinic during the period from 2012 to 2016 were examined 320 men with paranoid schizophrenia, and their immediate families – mothers or wives. The age of the disease was 12.7 ± 3.4 years. Subgroup 1 consisted of patients living in a parent family and their mothers (166 families), subgroup 2 - mentally ill, having their own families, and their wives (154 families).

Results. Analysis of the coping behavior of wives and mothers of men with long term PSch found significant relevance of constructive coping strategies. Wives more often used the strategy of planning the solution of the problem (the index for the wives was 68.48±16.62 points, for the mothers – 63±15.81 points, p<0.05), social support (62.48±16.08 and 59.16±14.63 points, p<0.05) and confrontational coping (respectively 54.93±17.04 and 48.58±14.93 points, p<0.01), while mothers are distancing strategies (60.54±15.64 against 56.63±17.24 points in wives, p>0.05), self-control (62.68±12.55, respectively, against 59.47±15.77 points, p<0.05), taking responsibility (respectively 63.91±21.52 vs. 60.44±17.95 points, p<0.05), avoidance (respectively, 53.60±13.75 vs. 48.99±14.08 points, p<0.01) and positive reevaluation (41.15±12.75, respectively, against 38.69±12.66 points, p<0.01).

Conclusions. In general, the mothers of patients with PSch have more coping strategies of taking responsibility and self-control, and wives – strategies aimed at helping the social environment. The data obtained were our basis for the development of a set of measures for the psychological correction of disadaptation of wives and mothers of patients with long term PSch.

Keywords: mother of the patient with paranoid schizophrenia, wife of the patient with paranoid schizophrenia, disadaptation, coping behavior.

Стаття надійшла до редакції 01.11.2016 р.

ШКОДА Костянтин Володимирович, Харківська медична академія післядипломної освіти, лікар-психіатр Харківської обласної психіатричної лікарні № 3, м. Харків, Україна; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

ШКОДА Константин Владимирович, Харьковская медицинская академия последипломного образования, врач-психиатр Харьковской областной психиатрической больницы № 3, г. Харьков, Украина; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

SHKODA Kostiantyn Volodymyrovych, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, psychiatrist of Kharkiv regional psychiatric hospital № 3, Kharkiv, Ukraine; e-mail: doctorshkoda@rambler.ru

О. В. Кіосєва

АДАПТИВНИЙ KEYС-МЕНЕДЖМЕНТ У СИСТЕМІ ПСИХОПРЕВЕНЦІЇ АДАПТИВНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХООСВІТНЬОЇ СПРЯМОВАНОСТІ ЩОДО СТУДЕНТСЬКОЇ МОЛОДІ, ЯКА МАЄ ДОСВІД ВЖИВАННЯ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

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

Актуальність. Розлади адаптації є гетерогенною групою психопатологічних станів, частіше пов'язаних із стресом, що представлені широким спектром проявів. За результатами наукових досліджень, порушення та розлади адаптації мають місце у 14–21 % студентів. Прогресуюче поширення вживання молоддю психоактивних речовин (ПАР), що негативно впливає на здоров'я, також є гострою і актуальною проблемою сучасного суспільства. Тому розробка нових форм своєчасної діагностики, психотерапії та психопrevenції, особливо психоосвітньої спрямованості, адаптаційних порушень та розладів у студентської молоді з урахуванням адиктивного обтяження, сімейних стосунків та гендерних особливостей, є актуальною та своєчасною.

Мета – визначити роль генодиспозиційної комунікації у формуванні адаптаційних порушень з адиктивною обтяженістю серед студентської молоді та розробити психопrevenтивний інтерактивний інтенсивний тренінг психоосвітньої спрямованості.

Матеріали та методи. Проведено аналіз психічного та адиктивного стану обстежених 1076 студентів молодших курсів Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна МОН України. У рандомізоване контрольоване когортне дослідження увійшли 325 юнаків (30,2 %) та 751 дівчина (69,8 %) у віці від 17 до 21 року, які навчалися на різних факультетах. Методи дослідження – інформаційно-аналітичний, соціально-демографічний, клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, математико-статистичний.

Результати. Встановлено взаємозв'язок ступеня адаптаційних порушень з адиктивною обтяженістю та генодиспозиційною комунікацією у родині респондентів. Доведено, що «значно складні» та «дуже складні» взаємини з батьком мають 21,4 % (45/210) студентів з ознаками порушення адаптації та 36,4 % (32/88) досліджуваного контингенту з ознаками розладів адаптації, проти 12,3 % (96/778) практично здорових осіб. З'ясовано, що молодь відчуває більше труднощів у спілкуванні з батьком, ніж з матір'ю. Не мають батька 20,5±2,8 % ($p < 0,001$) респондентів з ознаками порушення адаптації. У студентів, які мають деструктивну генодиспозиційну комунікацію, відзначено психологічний дистрес, обумовлений неспецифічним донозологічним симптомокомплексом «психоемоційної напруги», що має тенденцію до трансформації у клінічно окреслені розлади адаптації.

Висновки. Психосоціальний фактор генодиспозиційної комунікації є предиктором розвитку розладів адаптації з адиктивною обтяженістю у молоді.

Аналізуючи та моделюючи кейси в системі превентивного психоосвітнього кейс-менеджменту молоді люди набувають певних навичок використання соціальних та особистісних механізмів адаптації; підвищення рівня інформаційної, когнітивної, комунікативної, поведінкової компетенцій, необхідних їм для реалізації стратегії здорового способу життя.

Ключові слова:
генодиспозиційна
комунікація, порушення
адаптації, студенти,
молодь, психоактивні
речовини, кейс-
менеджмент.

Актуальність. Розлади адаптації є гетерогенною групою психопатологічних станів, частіше пов'язаних із стресом, що представлені широким спектром проявів. Прогресуюче поширення вживання молоддю психоактивних речовин (ПАР), що негативно впливає на

здоров'я, адаптаційний потенціал організму молоді людини, є також гострою і актуальною проблемою сучасного суспільства. Крім того, серед усього спектра соціально-культурних факторів, що впливають на адаптаційні можливості молоді, особлива роль належить ціннісній

системі взаємин у родині. Родинна карта світу формує соціокультурні передумови психосоціальної інтеграції та безпечного соціального простору зростаючого покоління. Мотивуючи моральність, інноваційний розвиток та екологічну рівновагу, родинні цінності складають основу формування адаптаційних можливостей осіб молодого віку [1].

Відомо, що студенти перших курсів вищих навчальних закладів, що зіткнулися з сукупністю стресогенних обставин, схильні до розвитку розладів адаптації та адиктивних форм поведінки.

Такі факти свідчать про актуальність досліджень і необхідність розробки технологій та методів сучасної медичної науки, спрямованих на збереження та покращення психічного здоров'я молоді шляхом забезпечення належної якості надання медико-психологічної допомоги [2, 3, 6, 7].

Мета дослідження – визначити роль генодиспозиційної комунікації у формуванні адаптаційних порушень з адиктивною обтяженістю серед студентської молоді та розробити психопревентивний інтерактивний інтенсивний тренінг психоосвітньої спрямованості.

Задачі дослідження:

1. Вивчити особливості взаємин осіб молодого віку з батьками та оцінити їхній вплив на розвиток адаптаційних порушень з адиктивною обтяженістю у даного контингенту.

2. Оптимізувати організацію навчально-виховного процесу в університеті шляхом забезпечення студентів необхідними компетенціями для реалізації стратегії здорового способу життя.

Матеріали та методи дослідження

Впродовж 2013–2016 рр. з дотриманням принципів біоетики та деонтології за умов інформованої згоди було обстежено 1 076 студентів молодших курсів Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна МОН України. Обстежено 325 юнаків (30,2 %) та 751 дівчину (69,8 %) у віці від 17 до 21 року, які навчалися на різних факультетах. Дослідження мало проспективний, рандомізований, контрольований, когортний характер і відбувалося у формі групового анонімного анкетування в академічних групах за розробленою нами «Картою обстеження студента» (КОС).

Досліджуваний контингент було поділено на групи:

1 група – практично здорові студенти: $n=778$ (72,3 %), серед них дівчата $n=552$ (71 %); юнаки $n=226$ (29 %).

а) 166 осіб не вживають ПАР: дівчата $n=86$ (51,8 %); юнаки $n=80$ (48,2%);

б) 612 осіб вживають ПАР: дівчата $n=466$ (76,1 %); юнаки $n=146$ (23,9 %).

2 група – молодь з ознаками адаптаційних порушень: $n=210$ (19,5 %), серед них: дівчата $n=151$ (72%); юнаки $n=59$ (28 %).

а) 24 особи не вживають ПАР: дівчата $n=17$ (70,8 %); юнаки $n=7$ (29,2 %);

б) 186 осіб вживають ПАР: дівчата $n=134$ (72 %); юнаки $n=52$ (28 %).

3 група – студенти з ознаками адаптаційних розладів: $n=88$ (8,2 %), серед них: дівчата $n=48$ (54,8 %); юнаки $n=40$ (45,2 %).

а) 15 осіб не вживають ПАР: дівчата $n=7$ (46,7 %); юнаки $n=8$ (53,3 %);

б) 73 особи вживають ПАР: дівчата $n=41$ (56,2 %); юнаки $n=32$ (43,8 %).

Соціально-демографічний метод реалізовували шляхом оцінки відповідей студентів на питання Розділу 1 «КОС» – вивчення мікросоціального середовища (взаємини з батьками).

Математичну обробку отриманих результатів проводили з використанням пакета програм Statistica for Windows 7.0. Вираховували абсолютне значення показника, % часток (P %), m – помилку репрезентативності, значення критерію Фішера. Формат надання даних у тексті та таблиці наступний: абсолютне число; $P\% \pm m$ [4].

Оцінку скарг, ознак, симптомів, результатів спостереження, соціальних обставин здійснювали з використанням критеріїв виявлення розладів, представлених у МКХ–10 в 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 до закладів охорони здоров'я» (Z – 60; Z – 64; Z – 72; Z – 72.0; Z – 72.1; Z – 72.2; Z – 73; Z – 73.0; Z – 73.1; Z – 73.2; Z – 73.3).

Результати та їх обговорення

У результаті дослідження було виявлено, що в групі студентів із ознаками адаптаційних порушень кількість осіб віком 21 рік і більше значно нижча, ніж у 1 та 3 групах відповідно. Встановлено, що серед молодих людей з ознаками адаптаційних розладів питома вага одружених значно вища, ніж у 1 і 2 групах.

За анамнестичними даними членів сімей студентів виявлено, що батько не працює у 6,5 % студентів першої групи, у 11 % та у 15 % – 2 та 3 груп респондентів відповідно.

Визначено, що мати не працює у 9 % обстежених 1 групи, у 17 % – 2 відповідно. Немає матері у 3 % студентів 1 групи, у 35 % – 2 групи. В усіх студентів 3 групи є матері, 30,7 % з них не працюють.

Встановлено, що за освітою батька в обстежених статистично значущих відмінностей не було. За освітнім рівнем матерів є відмінності по групах: в 1 групі – 70 % матерів мають вищу освіту, в 2 – 60 % та в 3 – 46 %, ($p<0,05$).

На наступному етапі аналізу отриманих даних була розрахована частота відповідей студентів на питання: «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, що Вас посправжньому хвилюють, з батьком?». Результати дослідження наведені у таблиці 1.

З наведених даних видно, що студенти 1 групи переважно «легко» ($50,3 \pm 1,8$ %, $n=391$) і «дуже легко» ($22,1 \pm 1,5$ %, $n=172$) обговорюють з батьком питання, що їх хвилюють. Такі стосунки у родині допомагають юнакам і дівчатам бути відкритими для навчання та сприймати свої успіхи й помилки як підґрунтя для формування особистої ідентичності, що відобразилося в високих значеннях конструкту «життестійкості» – $28,25 \pm 5,56$ балів у дівчат та $29,96 \pm 5,72$ балів у юнаків, при нормі $24,62 \pm 6,89$ балів. Тобто практично здорові молоді люди, які виховуються у функціонально конструктивних сімейних системах, мають розвинений рівень життестійкості, їм притаманне лідерство, здоровий спосіб життя, властива спроможність до пошуку шляхів впливу на складні життєві події.

Розподіл частоти відповідей обстежених на питання: «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, які Вас по-справжньому хвилюють, з матір'ю?» представлений у таблиці 2.

Так, встановлено, що молодим людям з групи 3 обговорювати з батьком питання, що хвилює, «складно» ($25,0 \pm 4,6\%$, $n=22$) і «дуже складно» ($11,4 \pm 3,4\%$, $n=10$). Дівчата та юнаки з 2 групи у $20,5 \pm 2,8\%$ ($n=43$) випадків не мають батька чи не бачиться з ним або оцінюють можливість обговорення «важких» питань, як «складно» ($17,6 \pm 2,6\%$, $n=37$) і «дуже складно» ($3,8 \pm 1,3\%$, $n=8$). Наявні відмінності мають статистично значущий характер. Доведено, що «значно складні» та «дуже складні» взаємини з батьком мають $21,4\%$ ($45/210$) студентів 2 групи та $36,4\%$ ($32/88$) – 3 групи, проти $12,3\%$ ($96/778$) практично здорової молоді.

Виявлено, що у $20,5 \pm 2,8\%$ ($p < 0,001$) студентів із адаптаційними порушеннями немає батька. Тобто, у дівчат і юнаків з ознаками адаптаційних порушень та розладів значно частіше з батьком склалися деструктивні взаємини.

Аналізуючи «складні» взаємовідносини юнаків і дівчат з батьком та матір'ю, з'ясовано, що молоді з ознаками адаптаційних порушень та розладів відчувала більше труднощів у спілкуванні з батьком, ніж з матір'ю.

На підставі отриманих результатів було сформовано типологію стилів генодиспозиційної комунікації та виділено два базових її типи: конструктивний та деструктивний, що дало змогу розробити диференційований підхід у психопревентивній роботі зі студентами.

Було встановлено існування зв'язку між рівнем психологічного дистресу, проявами супутніх психопатологічних розладів за окремими субшкалами (показниками міжособистісної сенситивності та фобічності) та особливостями генодиспозиційної комунікації серед студентів 2 й 3 груп. На основі отриманих даних і аналізу літератури [1–3, 5–13] нами було розроблено методичні рекомендації з проведення лікувально-профілактичного тренінгу в складі психопревентивного кейс-менеджменту. У якості мішеней виступали патерни адиктивної поведінки, когнітивна, комунікативна, психосоціальна та емоційна компетентність студентів.

Тренінг реалізовували на практиці у вигляді комбінованого застосування нейролінгвістичної технології (NLP) рефреймінг та інтерактивного методу навчання CBL (англ. case-study – Case Based Learning – заснований на клінічному випадку) – рольової гри з теми «Позиція сприйняття» [5]. Гра проходила в академічних групах. Попередньо тренер знайомив студентів із правилами гри та спрямовував стратегію команди за допомогою наочних прикладів, інструкцій та методичних рекомендацій, у яких були стисло викладені основні позиції сприйняття в комунікації та взаєминах. Студенти самостійно обирали гравців.

Моделюючи ролі кейсу, гравці описували конкретний патерн поведінки (вживання ПАР та труднощі в адаптації до стресових ситуацій), фактори вразливості та зону імунітету. Позиція сприйняття – це основна точка зору, згідно з якою людина сприймає ситуацію чи стосунки між людьми. Відповідно до ролей учасники гри використовували фізичні, когнітивні та лінгвістичні патерни. Перша позиція – «я»-позиція – передбачала сприйняття на власні очі, «від першої особи». Друга позиція – «ти»-позиція – передбачала переживання чогось ніби ми «зайняли місце іншої людини». Гравці розіграли

кейс «мокасини друга». Третя позиція – «вони»-позиція – передбачала сприйняття своїх стосунків з людьми з точки зору «стороннього спостерігача».

Відповідно до ролей студенти виявляли та згодом змінювали характеристики петель комунікації, які породжували чи підтримували проблемну взаємодію.

Тренер під час гри керував кейсами: координував процес аналізу, синтезу, вибору, прийняття рішення, конструювання студентами нового патерну поведінки та комунікації. Даючи змогу вчитися на минулих ситуаціях і формувати «кращі практики», тренер забезпечував адаптивне управління кейсами. Коуч (тренер) організовував багатогранну взаємодію «тренер NLP – студент», «студент – студент», «студент – група студентів» шляхом реалізації адаптивного кейс-менеджменту (Adaptive Case Management, ACM) – технології, що дозволяє гнучко керувати процесом розв'язання поставленого завдання залежно від розвитку ситуації.

Ефективність розроблених заходів оцінювали за показниками психоемоційного стану та адиктивного статусу респондентів. У стані психоемоційної сфери обстежених спостерігали достовірну позитивну динаміку.

Висновки

1. Студенти молодших курсів університету відчували певні труднощі в соціально-психологічній адаптації. Встановлено, що генодиспозиційна комунікація (мікро-

Таблиця 1. Розподіл частоти відповідей студентів молодших курсів університету на питання: «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, що Вас по-справжньому хвилюють, з батьком?»

Варіант відповіді		Група 1, n=778	Група 2, n=210	Група 3, n=88
Дуже легко	абс. %	172 22,1±1,5	15 7,1±1,8**	14 14,8±3,8*
Легко	абс. %	391 50,3±1,8	107 51,0±3,4	34 38,6±5,2*
Складно	абс. %	96 12,3±1,2	37 17,6±2,6*	22 25,0±4,6**
Дуже складно	абс. %	7 0,9±0,3	8 3,8±1,3*	10 11,4±3,4**
У мене немає батька або я не бачуся з ним	абс. %	112 14,4±1,3	43 20,5±2,8**	8 9,1±3,1

Таблиця 2. Розподіл частоти відповідей обстежених на питання: «Наскільки легко Вам розмовляти на теми, які Вас по-справжньому хвилюють, з матір'ю?»

Варіант відповіді		Група 1, (n=778)	Група 2, (n=210)	Група 3, (n=88)
Дуже легко	абс. %	457 (58,7±1,8)	81 (38,6±3,4**)	35 (39,8±5,2**)
Легко	абс. %	258 (33,2±1,7)	99 (47,1±3,4**)	41 (46,6±5,3*)
Складно	абс. %	16 (2,1±0,5)	23 (11,0±2,2**)	9 (10,2±3,2**)
Дуже складно	абс. %	1 (0,1±0,1)	4 (1,9±0,9*)	2 (2,3±1,6*)
У мене немає матері або я не бачуся з нею	абс. %	46 (5,9±0,8)	3* (1,4±0,8**)	1* (1,1±1,1)

Примітки: 1. В табл. 1 – 2 ** – високий рівень статистичної значущості відмінностей частоти з групою 1 на рівні $p < 0,001$; * – рівень статистичної значущості відмінностей частоти з групою 1 на рівні $p < 0,05$; 2. В табл. 1 – 2 – група 1, $n=778$ – практично здорові студенти; група 2, $n=210$ – студенти з ознаками порушення адаптації; група 3, $n=88$ – студенти з ознаками розладів адаптації.

соціальний рівень – переважно взаємини з батьком) є фактором предикції / превенції розвитку порушень та розладів адаптації з адиктивним обтяженням у даного контингенту.

2. Реалізація адаптивного кейс-менеджменту сприяє підвищенню соціально-психологічної адаптації студентів за рахунок мобілізації їхніх внутрішніх резервів, набуття навичок ефективної стратегії управління складною ситуацією чи взаємодією, приймаючи численні позиції сприйняття.

3. Інтенсивний тренінг за кейс-методом CBL з інтегрованою NLP-технологією рефреймінг: «Позиція сприйняття» впроваджено нами в навчально-виховну роботу деяких вишів для надання медико-психологічної допомоги особам молодого віку з адаптаційними порушеннями, які мали досвід вживання ПАР.

Перспективним напрямком подальших досліджень є розвиток адаптивного кейс-менеджменту психопревентивної системи психоосвітнього напрямку з заохоченням студентів до участі в ньому за рахунок залучення студентського самоврядування та волонтерів з кола студентів і викладачів для більш дієвого впровадження розробленого комплексу заходів.

Список використаної літератури

1. Горлинский В. В. Культура устойчивого человеческого развития: ее конструирование и аксиологическое содержание / В. В. Горлинский // *Философия и культура*. – 2015. – № 5. – С. 658–669. – DOI: 10.7256/1999-2793.2015.5.10990.
2. Опыт внедрения активных методов обучения (CBL) в учебный процесс на кафедре детских инфекционных болезней / Р. Х. Бегайдарова, Ю. Г. Стариков, Г. К. Алшынбекова [и др.] // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. – 2014. – № 6. – С. 13–14.
3. Бірюк О. О. Профілактика і корекція девіантної поведінки / О. О. Бірюк // *Зб. наук. праць Ін-ту психології імені Г. С. Костюка НАПНУ*. – 2011. – Т. XIII, Ч. 5. – С. 23–33.
4. Ермолаев О. Ю. Математическая статистика для психологов: учебник / О. Ю. Ермолаев. – 2-е изд., испр. – М.: Московский психолого-социальный институт; Флинта, 2003. – 336 с. – (Библиотека психолога).
5. Дилтс Р. Коучинг с помощью НЛП / Р. Дилтс. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2004. – 256 с.
6. Європейський план дій по охороні психічного здоров'я // Європейська конференція ВООЗ на рівні міністрів по охороні психічного здоров'я «Проблеми і шляхи їх вирішення»: матеріали конференції. – Гельсінкі, Фінляндія, 12 – 15 січня 2005 р.
7. Табачников С. І. Аналіз причин та мотивів вживання психоактивних речовин у дітей та підлітків в світлі розробки комплексної багаторівневої системи його медико-соціальної корекції та профілактики / С. І. Табачников, А. М. Вієвський // *Архів психіатрії*. – 2012. – Т. 18, № 2 (69). – С. 93–99.
8. Ташкеєва Г. К. Интерактивное обучение как средство активации творческой деятельности студентов / Г. К. Ташкеєва // *Менеджмент в образовании*. – 2010. – № 1 (56). – С. 132–134.
9. Телеуов М. К. Сфера компетентности выпускника медицинского вуза. Компетентности. Навык работы в команде. Профессионализм: методические рекомендации / М. К. Телеуов, Р. С. Досмагамбетова, Л. Г. Тургунова. – Караганда, 2010. – 84 с.
10. Kumpfer K. L. Drug Abuse Prevention: tools and Programs / Karol L. Kumpfer, Rose Aivarado, Paula Smith // *Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations* / Edited by R. H. Coombs. – Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates, 2005. – P. 467–486.

АДАПТИВНЫЙ КЕЙС-МЕНЕДЖМЕНТ В СИСТЕМЕ ПСИХОПРЕВЕНЦИИ АДАПТАЦИОННЫХ НАРУШЕНИЙ ПСИХООБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ДЛЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ, ИМЕЮЩЕЙ ОПЫТ УПОТРЕБЛЕНИЯ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Е. В. Киосева

Актуальность. Расстройства адаптации являются гетерогенной группой психопатологических состояний, чаще связанных со стрессом, представленных широким спектром проявлений. По результатам научных исследований, нарушения и расстройства адаптации имеют место у 14–21 % студентов. Прогрессирующее распространение употребления молодежью психоактивных веществ (ПАВ) негативным образом влияет на здоровье, также являясь острой и актуальной проблемой современного общества. Поэтому разработка новых форм своевременной диагностики, психотерапии и психопревенции, особенно психообразовательной направленности, адаптационных нарушений и расстройств у студенческой молодежи с учетом аддиктивного обременения, семейных отношений и гендерных особенностей, является актуальной и своевременной.

Цель – определить роль генодиспозиционной коммуникации в формировании адаптационных нарушений с аддиктивным радикалом у студенческой молодежи и разработать психопревентивный интерактивный интенсивный тренинг психообразовательной направленности.

Материалы и методы. Проведен анализ психического и аддиктивного состояния обследованных 1076 студентов младших курсов Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина МОН Украины. В рандомизированное контролируемое когортное исследование вошли 325 юношей (30,2 %) и 751 девушка (69,8%) в возрасте от 17 до 21 года, которые учились на разных факультетах. Методы исследования – информационно-аналитический, социально-демографический, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический, математико-статистический.

11. Киосева Е. В. Инновационное направление в медико-социальной превенции аддиктивных расстройств у студенческой молодежи / Е. В. Киосева // *Архів психіатрії*. – 2015. – Т. 21, № 2 (81). – С. 61 – 62.
12. Киосева Е. В. Адаптивный кейс-менеджмент превентивного процесса аддиктивного поведения у студентов / Е. В. Киосева // *Ліки України Плюс*. – 2015. – № 4 (80). – С. 85–87.
13. Knowledge about and attitude toward science of first year medical students / I. Vodopivec, A. Vujaklija, M. Hrabak [et al.] // *Croat. Med. J.* – 2002. – Vol. 43, issue 1. – P. 58–62.

References

1. Gorlinskiy, V. V. (2015). Kul'tura ustojchivogo chelovecheskogo razvitiya: ee konstituirovaniye i aksiologicheskoe soderzhanie [The culture of sustainable human development: institutionalization and axiological content]. *Filosofiya i kul'tura – Philosophy and Culture*, no. 5, pp. 658–669. (In Russian). DOI: 10.7256/1999-2793.2015.5.10990.
2. Begajdarova, R. H., Starikov, Y. G., Alshynbekova, G. K., Devdarani, H. G., Dyusembaeva, A. E., Nasakaeva, G. E., & Zolotareva, O. A. (2014). Opyt vnedreniya aktivnykh metodov obucheniya (CBL) v uchebnyy process na kafedre detskih infekcionnykh boleznej [Experience in the introduction of active teaching methods (CBL) in the educational process at the Department of Children's Infectious Diseases]. *Mezhdunarodnyy zhurnal prikladnykh i fundamental'nykh issledovaniy – International Journal of Applied and Fundamental Research*, no. 6, pp. 13–14. (In Russian).
3. Biriuk, O. O. (2011). Profilaktyka i korektsiya deviantnoi povedinky [Prevention and correction of deviant behavior]. *Zb. nauk. prats In-tu psykholohii imeni H. S. Kostiuka NAPNU – Proceedings of the G. S. Kostiuk Institute of Psychology of the National Academy of Educational Sciences of Ukraine*, vol. 13, issue 5, pp. 23–33. (In Ukrainian).
4. Ermolaev, O. Yu. (2003). *Matematicheskaya statistika dlya psikhologov [Mathematical statistics for psychologists]*. (2nd ed.). Moscow: Moscow Psychological and Social Institute, Flinta, 336 p. (In Russian).
5. Dilts, R. (2004). *Coaching s pomoshh'yu NLP [Coaching with NLP]*. Saint Petersburg: Praym-EVROZNAK, 256 p. (In Russian).
6. Yevropeyskiy plan dii po okhroni psikhichnoho zdorovia [European Action Plan on Mental Health]. (2005). *Yevropeiska konferentsiia VOOZ na rivni ministriv po okhroni psikhichnoho zdorovia «Problemy i shliakhy yikh vyirishennia»: materialy konferentsii – Proceedings of the WHO European conference at ministerial level to mental health «Problems and solutions»*. Helsinki, Finland. (In Ukrainian).
7. Tabachnikov, S. I., & Vityevskiy, A. M. (2012). Analiz prychny ta motyviv vzhivannya psykhoaktyvnykh rehovyn u ditei ta pidlitkiv v svitli rozrobky kompleksnoi bahatorivnevoi systemy yoho medyko-sotsialnoi korektsii ta profilaktyky [The analyses of reasons and motives of the children's psychoactive substances use through the prism of the comprehensive multidimensional medical and social substance use prevention and correction system]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 18, no. 2 (69), pp. 93–99. (In Ukrainian).
8. Tashkeeva, G. K. (2010). Interaktivnoe obuchenie kak sredstvo aktivatsii tvorcheskoy dejatel'nosti studentov [Interactive study as a means of activating the creative activity of students]. *Menedzhment v obrazovanii – Management in Education*, no. 1 (56), pp. 132–134. (In Russian).
9. Teleuov, M. K., Dosmagambetova, R. S., & Turgunova, L. G. (2010). *Sfera kompetentnosti vypusknika medicinskogo vuza. Kompetentnosti. Navyk raboty v komande. Professionalizm (metodicheskie rekomendatsii) [The competence of a graduate of a medical school. Competence. Skill in team work. Professionalism (methodical recommendations)]*. Karaganda, 84 p. (In Russian).
10. Kumpfer, K. L., Aivarado, R., & Smith, P. Drug Abuse Prevention: tools and Programs (2005). In R. H. Coombs (Ed.), *Addiction Counseling Review. Preparing for comprehensive, certification and Licensing Examinations* (pp. 467–486). Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
11. Kiioseva, O. V. (2015). Innovacionnoye napravleniye v mediko-social'noy prevencii addiktivnykh rasstroystv u studencheskoy molodezhi [An innovative direction in medical and social prevention of addictive disorders in students]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 21, no. 2 (81), pp. 61–62. (In Russian).
12. Kiioseva, O. V. (2015). Adaptivnyy kejs-menedzhment preventivnogo processa addiktivnogo povedeniya u studentov [The preventive process adaptive case management of students' addictive behavior]. *Liky Ukrainy Plus – Medication of Ukraine Plus*, no. 4 (80), pp. 85–87. (In Russian).
13. Vodopivec, I., Vujaklija, A., Hrabak, M., Lukić, I. K., Marusić, A., & Marusić, M. (2002). Knowledge about and attitude toward science of first year medical students. *Croat. Med. J.*, vol. 43, issue 1, pp. 58–62.

Результаты. По результатам работы установлена взаимосвязь степени адаптационных нарушений с аддиктивной отягощенностью и генодиспозиционной коммуникацией в семьях респондентов. Доказано, что сложные отношения с отцом имеют 21,4 % (45/210) студентов с признаками нарушения адаптации и 36,4 % (32/88) исследуемого контингента с признаками расстройств адаптации против 12,3 % (96/778) практически здоровых лиц. Выяснено, что молодежь испытывает больше трудностей в общении с отцом, чем с матерью. Не имеют отца 20,5±2,8 % ($p<0,001$) респондентов с признаками нарушения адаптации. У студентов, имеющих деструктивную генодиспозиционную коммуникацию, отмечен психологический дистресс, что было обусловлено неспецифическим донозологическим симптомом «психоэмоционального напряжения», имеющим тенденцию к трансформации в клинически очерченные расстройства адаптации.

Выводы. Психосоциальный фактор генодиспозиционной коммуникации выступает предиктором развития расстройств адаптации с аддиктивным отягощением у молодежи.

Анализируя и моделируя кейсы в системе превентивного психообразовательного кейс-менеджмента молодые люди приобретают навыки использования социальных и личностных механизмов адаптации; повышения уровня информационной, когнитивной, коммуникативной, поведенческой компетенций, необходимых им для реализации стратегии здорового образа жизни.

Ключевые слова: генодиспозиционная коммуникация, адаптационные нарушения, студенты, молодежь, психоактивные вещества, кейс-менеджмент.

ADAPTIVE CASE-MANAGEMENT IN THE SYSTEM OF PSYCHOEDUCATIONAL PSYCHO-PRIVENTION OF ADJUSTMENT DISORDERS FOR STUDENTS YOUTH WITH EXPERIENCE IN THE USE OF PSYCHOACTIVE SUBSTANCES

O. V. Kioseva

Background. Implementation of timely psycho prevention of the psycho-educational orientation of students with adaptive disorders, which has experience of using psychoactive substances, through interactive intensive training on the CBL case-study method (case-study – Case Based Learning) with integrated neurolinguistic reframing technology, is an actual problem of our time.

Objective – determine the role of genodyspositive communication in the formation of adaptive disorders in student youth and develop a psychopreventive interactive intensive training of psycho-educational orientation.

Materials and methods. The article contains the results of the mental and addictive state of 1076 students of one of the country's Universities. The relationship between the degree of adaptation disorders and genodyspositive communication in the family of respondents was determined.

Research methods: informational and analytical methods, clinic-anamnestic methods, social and demographic methods, clinical and psychopathological method, psychodiagnostic methods, mathematical- statistical methods.

Results. It is established that «significantly difficult» and «very difficult» relationship with the father has 21,4% (45/210) students with the symptoms of disorder of adaptation and 36,4% (32/88) youth with the symptoms of adjustment disorder against 12,3% (96/778) almost healthy persons. It is found out that the youth feels more difficulties in communication with the father, than with mother. There is no father at 20,5±2,8%, $p<0,001$ of respondents with the the symptoms of disorder of adaptation. The psychological distress of students who were characterized by the destructive relations with parents, was defined by a non-specific prenosological symptom of «psychoemotional strain» and tended to transform a clinically delineated adjustment disorder.

Conclusions. The psychosocial factor of genodyspositive communication is a predictor of the development of adaptation disorders in young people. By analyzing and modeling cases, young people acquire skills of their social, personal adaptation mechanisms; skills of increasing the level of information, cognitive, communicative, behavioral competencies, they need to implement the strategy of a healthy lifestyle.

Keywords: genodyspositive communication, adjustment disorder, students, the youth, psychoactive substances, case-study.

Стаття надійшла до редакції 10.09.201 р.

КИОСЕВА Олена Вікторівна, кандидат медичних наук, докторант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: kiohelen@mail.ru

КИОСЕВА Елена Викторовна, кандидат медицинских наук, докторант Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: kiohelen@mail.ru

KIOSEVA Olena Viktorivna, MD, PhD, Competitor of Doctor of Sciences Degree of Ukrainian research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: kiohelen@mail.ru

В. В. В'юн

СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЛІКАРЯ
У ПЕРІОД АДАПТАЦІЇ ДО ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

vjun_v_v@mail.ru

Актуальність. Професійна діяльність лікаря характеризується підвищеною стресогенністю у зв'язку з необхідністю роботи в умовах підвищеного інтелектуального та психоемоційного напруження, дефіциту часу та інформації, високого рівня відповідальності. Тому проблема професійної адаптації належить до невичерпних проблем психологічної науки.

Мета – на основі системного підходу до вивчення механізмів формування психологічної адаптації до професійної діяльності розробити систему медико-психологічної підтримки лікаря-інтерна в період його професійної підготовки.

Матеріали та методи. Проведено комплексне психодіагностичне обстеження 256 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету обох статей, у віці 23–30 років.

Результати. Вивчено рівні й механізми формування психологічної адаптації лікаря-інтерна до професійної діяльності та варіанти дезадаптивних реакцій. У період адаптації до професійної діяльності у лікарів-інтернів визначаються астеничний, гіперстенічний, астено-апатичний, тривожно-депресивний, адиктивний і психосоматичний варіанти дезадаптивних реакцій. Розроблено та апробовано систему медико-психологічної підтримки лікаря в період його адаптації до професійної діяльності, яка включає в себе програми психологічних і психосоціальних тренінгів та системи психологічного консультування.

Висновки. Результати 3-річного катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність запропонованої системи медико-психологічної підтримки лікаря в період адаптації до професійної діяльності.

Ключові слова:

психологічна адаптація, дезадаптація, медико-психологічна підтримка, лікар-інтерн.

Актуальність. Надання якісної медичної допомоги населенню, серед іншого, передбачає наявність достатньої кількості висококваліфікованих кадрів. Існує широкий спектр тверджень щодо взаємозв'язку професійного рівня медичного персоналу, його освіченості, виявлення мотиваційної ролі освітніх процесів як регулятора підвищення якості медичної допомоги [3, 6, 7].

Зміни у вищій медичній освіті, інтеграція її в європейський освітній простір вимагають нових підходів до післядипломної підготовки лікаря. Закон України «Про вищу освіту», прийнятий Верховною радою України 01 липня 2014 року, дає імпульс розвитку медичної освіти. Створено умови для модернізації післядипломної медичної освіти. Основними завданнями післядипломної освіти лікарів, особливо в період реформування, є покращення фахової підготовки лікарів-інтернів та забезпечення їх медико-психологічної підтримки у період адаптації до професійної діяльності [4, 7].

Проблема професійної адаптації належить до невичерпних проблем психологічної науки. Це складна і досить широка тема, оскільки різні погляди на цей процес взаємодоповнюють і значно поглиблюють нау-

кові уявлення про психологічну сутність не тільки професійного становлення, а й особистісного розвитку фахівця [1, 5, 8].

Професійна діяльність лікаря характеризується підвищеною стресогенністю, адже він змушений працювати в умовах підвищеного інтелектуального та психоемоційного напруження, дефіциту часу та інформації, високого рівня відповідальності. Необхідність дослідження професійного розвитку лікарів впливає не тільки із необхідності теоретичного вивчення цього процесу, а й із нагальної необхідності розв'язання прикладних питань, актуальних для забезпечення процесу становлення суб'єкта професійного розвитку. Можливість їх вирішення ми бачимо на основі цілісного комплексного вивчення особливостей професійного розвитку та формування психологічної адаптації лікаря до професійної діяльності [1, 2, 5].

Адаптація як багаторівневий динамічний процес пов'язана зі змінами діяльності різних органів і систем організму та визначає рівень психофізіологічного і психічного здоров'я людини, ступінь загальної ефективності її діяльності на біологічному, психічному і соціально-

психологічному рівнях. У виникненні та закріпленні дезадаптивних реакцій у лікарів особливу роль відіграють індивідуально-психологічні патерни реакцій, особистісні особливості і ті способи поведінки, які лікар реалізує в професійній діяльності [1, 2, 6].

Незважаючи на досить велику кількість досліджень професійної та соціальної дезадаптації, досі немає єдності в розумінні психологічного сенсу цих явищ, а також їх співвідношення і шляхів розвитку, в тому числі стосовно конкретної соціально-професійної групи медичних працівників. Особливої уваги у цьому зв'язку заслуговує те, що при подібному впливі професійної діяльності на медичних працівників ступінь їх професійної дезадаптації значно відрізняється, а більш ніж у третини така дезадаптація відсутня [2, 6, 8].

Вищевикладене обумовлює актуальність даного дослідження, **мета** якого – на основі системного підходу до вивчення механізмів формування психологічної адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності розробити систему їх медико-психологічної підтримки у період професійної підготовки.

Матеріали та методи дослідження

У ході роботи для вирішення поставленої мети нами було проведено комплексне психодіагностичне обстеження 256 лікарів-інтернів Харківського національного медичного університету обох статей у віці 23–30 років.

Результати та їх обговорення

Як показали отримані у ході роботи дані, адаптація лікарів-інтернів до професійної діяльності має три основних рівні:

Високий, для якого притаманні високий рівень працездатності, психологічного комфорту, наявність резервів для подолання критичних ситуацій.

Середній – зниження рівня працездатності і психологічного комфорту в кризових ситуаціях зі швидким відновленням при їхньому вирішенні і збереженням психологічного комфорту поза робочим процесом.

Низький – розвиток станів дезадаптації, прояв психологічного дискомфорту в повсякденному житті. Постійне почуття незадоволеності собою і своєю професійною діяльністю.

Комплексний аналіз феномена розладів адаптації лікарів-інтернів до професійної діяльності дозволив нам виділити основні типи дезадаптивних реакцій: астеничний, дисфоричний, астено-апатичний, тривожно-депресивний, аддиктивний та психосоматичний.

З метою профілактики та корекції розладів адаптації до професійної діяльності лікарів інтернів ми розробили систему їх медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки, що передбачає застосування комплексного психокорекційного та психотерапевтичного впливів; встановлення мети психотерапії як впливу на патогенетично значущі біопсихосоціальні чинники розвитку станів дезадаптації; диференціацію завдань та обсягу психотерапії і психокорекції відповідно до типу дезадаптивного стану.

Відповідно до вищевказаних засад ми обґрунтували принципи побудови комплексної системи медико-психологічної підтримки в період професійної підготовки

фахівця: створення організаційної основи для продовження психологічних і профілактичних заходів; вплив на різні ланки етіопатогенезу розладів адаптації; проведення комплексних діагностичних, психокорекційних, психотерапевтичних і профілактичних заходів з оцінкою типологічної структури особистості й емоційних порушень, пом'якшення або усунення predisponуючих і пускових мікросоціальних факторів, які призводять до зриву адаптації; розробка індивідуальної психотерапевтичної програми з урахуванням особливостей особистості, типу дезадаптивного реагування.

Результати проведеного нами дослідження показують, що для корекції розладів адаптації у лікарів-інтернів доцільно застосовувати комплексні психокорекційні програми, що передбачають поетапне введення психотерапевтичних методик залежно від індивідуальних особливостей інтернів і змістовної частини психотерапії. При цьому завдання змістовної частини повинні включати принцип взаємного потенціювання, незалежно від застосування та введення методів психотерапії. Змістова частина психотерапевтичного процесу повинна бути строго аргументована об'єктивними фактами, відповідати реальному поетапному втіленню в життя, виключати аморфні, ілюзорні трактування, вона має бути орієнтована на позитивний ефект при активній роботі інтерна.

До складу вищевказаних програм входять наступні психотерапевтичні методики.

Рациональна психотерапія (класичний варіант Дюбуа), спрямована на мобілізацію захисних сил особистості, розкриття патогенетичної суті конфлікту, що визначає запуск реакції дезадаптації, робота з ресурсами для підвищення рівня адаптації, регенерації особистісної активності, нормалізації системи емоційно-вольового реагування, зміни системи відносин, аналіз і корекцію копінг-стратегій.

За нашими даними, при роботі з лікарями-інтернами доцільною є наступна етапність проведення раціональної психотерапії: пояснення і роз'яснення, що включає тлумачення суті конфлікту, причин його виникнення; переконання – корекція не тільки когнітивного, а й емоційного компонента ставлення до стресу, що сприяє переходу до модифікації особистісних установок; переорієнтація – досягнення більш стабільних змін в установках інтерна, насамперед у його ставленні до стресу, пов'язане із змінами в системі його ціннісних орієнтацій; психагогіка – переорієнтація більш широкого плану, що створює позитивні перспективи.

З'ясування інтерном психологічних механізмів дезадаптації не є чисто раціональним, пізнавальним процесом; у нього обов'язково повинні бути включені емоційно значимі переживання, які й роблять можливою необхідну перебудову особистості на основі позитивних внутрішніх ресурсів. Раціональне, інтелектуальне розуміння своїх невротичних проблем і причин їх виникнення обов'язково має бути закріплено процесом емоційно насиченого їх усвідомлення.

Особистісно-орієнтована психотерапія (за Карварським Б. Д., Інсуриною Г. Л. і Тишлаковим В. А., 1994) спрямована на розкриття і переробку внутрішнього психологічного конфлікту і корекцію неадекватних осо-

бистісних стосунків. Механізми лікувальної дії цього методу лежать у трьох основних площинах – когнітивній, емоційній та поведінковій.

Пізнавальна сфера (когнітивний аспект, інтелектуальне усвідомлення). Процес психотерапії повинен допомогти лікарю-інтерну усвідомити зв'язок між психогенними факторами і виникненням, розвитком та збереженням розладів адаптації; зв'язок між негативними емоціями і появою, фіксацією та посиленням симптоматики; особливості своєї поведінки і емоційного реагування в різних ситуаціях, ступінь їх адекватності і конструктивності; адекватність і реалістичність власних потреб, прагнень, мотивів, особистісних установок; внутрішні психологічні проблеми і конфлікти, умови та особливості формування своєї системи відносин.

Емоційна сфера – лікар-інтерн повинен отримати емоційну підтримку з боку психотерапевта, пережити позитивні емоції, пов'язані з прийняттям і підтримкою; пережити неадекватність деяких своїх емоційних реакцій; навчитися точніше розуміти, приймати і вербалізувати свої почуття; модифікувати спосіб переживань, емоційного реагування, сприйняття самого себе і стосунків з іншими; зробити емоційну корекцію своїх відносин.

Поведінкова сфера – процес психотерапії повинен допомогти інтерну усвідомити власні неадекватні поведінкові стереотипи; подолати неадекватні форми поведінки; закріпити нові форми поведінки і реагування, які сприятимуть адекватній адаптації і функціонуванню.

Когнітивно-біхевіоральна психотерапія (модифікація Бека-Еліса), спрямована на формування адекватної самосвідомості, навчання аналізу типових стресових ситуацій, складанню планів діяльності з використанням правил складання афірмацій і напручування навичок поведінки в них.

Психосвітні тренінги (Марута Н. О., Кожина Г. М., Коростій В. І.), які включали в себе використання інформаційних модулів, тренінгів позитивного самосприйняття, формування комунікативних вмінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії та проблемно-орієнтованих дискусій.

На наш погляд, психотерапевтична робота повинна проводитись у ланках групової психотерапії, оскільки при груповій роботі реалізуються такі чинники як групова згуртованість і підтримка, одержання інформації, міжособистісне навчання, задоволення альтруїстичної потреби, імітація поведінки, розвиток соціальних навичок та інше. Групова терапія спрямована на підвищення здатності інтернів адекватно реагувати на проблемні ситуації і, найголовніше, приймати конструктивні рішення. Завдання групової психотерапії полягають у корекції поведінкових реакцій, регенерації особистісної активності, еквівалентному моделюванні психосоціальної діяльності.

При проведенні групової психотерапії відбувається не тільки розкриття і усвідомлення конфліктних позицій лікарів-інтернів, а й їх вирішення (перебудова) за допомогою колективно орієнтованих групових норм і загальної терапевтичної спрямованості групи. Власне терапевтичний аспект групової психотерапії полягає в програванні символічних і реальних стресових ситуацій і тим самим у психічній десенсибілізації.

З метою активації психотерапевтичного процесу, тобто активної участі лікарів-інтернів у реалізації психотерапевтичної програми, доцільне запровадження методів психічної саморегуляції.

У ході роботи було використано аутогенне тренування, спрямоване на відновлення динамічної рівноваги системи гомеостатичних саморегулюючих механізмів організму людини, порушеної в результаті стресового впливу. Основними елементами методики є тренування м'язової релаксації, самонавіювання і самовиховання (аутодидактики). Аутогенне тренування має бути спрямовано на розвиток та посилення процесів саморегуляції, самоконтролю і самовладання, регуляцію порушень вегетативної нервової системи, формування компенсаторних механізмів, а також різні прийоми релаксації.

Ми застосовували аутогенне тренування в різних модифікаціях, залежно від особливостей особистісного реагування лікаря-інтерна. При домінуванні тривожних радикалів використовували модифікацію Клейнзорге і Клумбіеса, спрямовану на непоширення тривожної симптоматики, активацію захисних психологічних механізмів; при яскраво вираженій астенизації застосовували психотонічний варіант Шогамма А. М. – Мировського К. І., спрямований на підвищення самооцінки й адекватного сприйняття оточуючих, купірування астеничної симптоматики.

Необхідно зазначити, що ефективність психотерапевтичного впливу можлива лише в поєднанні із заходами організаційного та педагогічного плану.

Висновки

Результати 3-річного катamnестичного спостереження свідчать про високу ефективність запропонованої системи медико-психологічної підтримки. При її проведенні реакції дезадаптації в лікарів-інтернів у період їх адаптації до професійної діяльності спостерігалися вірогідно рідше.

Список використаної літератури

1. Вітенко І. С. Психологічна адаптація сімейного лікаря до професійної діяльності: монографія / І. С. Вітенко. – Вінниця: Нова книга, 2013. – 132 с.
2. Вітенко І. С. Профилактика и коррекция расстройств адаптации врачей в условиях работы по принципам семейной медицины / И. С. Витенко, В. В. Вьюн // Український вісник психоневрології. – 2012. – Том 20, вип. 3 (72). – С. 169–170.
3. Соціально-стресові розлади (клініка, діагностика, профілактика): монографія / ред. П. В. Волошин, Н. О. Марута. – Харків: Видавець Строков Д. В., 2016. – 335 с.
4. Кожина Г. М. Ефективність психосвітних програм в наданні допомоги особам, що перенесли екстремальні події / Г. М. Кожина, Л. М. Гайчук, В. В. Шикова // Український вісник психоневрології. – 2015. – Т. 23, вип. 2 (83). – С. 109.
5. Механізми формування і психотерапевтична корекція розладів адаптації лікарів у процесі їхньої професійної діяльності / Г. М. Кожина, В. І. Коростій, В. В. В'юн, І. С. Вітенко // Медична психологія. – 2014. – Т. 9, № 2 (34). – С. 82–87.
6. Пшук Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 151–155.
7. Пшук Н. Г. Деякі індивідуально-психологічні предиктори формування професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, вип. 1 (78). – С. 84–87.
8. Психічне здоров'я як передумова здоров'я нації / М. І. Дубина, С. І. Табачников, П. В. Волошин [та ін.] // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – Т. 7, № 4 (26). – 2014. – С. 6–11.

References

1. Vitenko, I. S. (2013). *Psychologichna adaptatsiia simeinoho likaria do profesiinoi diialnosti* [Psychological adaptation of the family doctor for professional activity]. Vinnytsia: Nova knyha, 132 p. (In Ukrainian).

- Vitenko, I. S., & Vjun, V. V. (2012). Profilaktika i korektsiya rasstrojstv adaptatsii vrachej v uslovijah raboty po principam semejnoi mediciny [Prevention and correction of adaptation disorders doctors in terms of work on principles of family medicine]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 20, issue 3 (72), pp. 169–170. (In Russian).
- Voloshyn, P. V., & Maruta, N. O. (2016). *Sotsialno-stresovi rozlady (klinika, diahnostyka, profilaktyka)* [Socio-stress disorder (clinic, diagnostics, prevention)]. Kharkiv: Vydavets Strokov D. V., 335 p. (In Ukrainian).
- Kozhyna, H. M., Haichuk, L. M., & Shykova, V. V. (2015). Efektyvnist psykhoosvitnich proqram v nadanni dopomohy osobam, shcho perenesly ekstremalni podii [The effectiveness of psycho-educational programs to help people who have suffered extreme events]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 23, issue 2 (83), pp. 109. (In Ukrainian).
- Kozhyna, H. M., Korostii, V. I., Vjun V. V., & Vitenko, V. S. (2014). Mekhanizmy formuvannia i psykhoterapevtychna korektsiia rozladiv adaptatsii likariv u protsesi yikhnoi profesiinoi diialnosti [Mechanisms of formation and psychotherapeutic correction adaptattion disorder in doctors in the process of professional activities]. *Medychna psykholohiia – Medical Psychology*, vol. 9, no. 2 (34), pp. 82–87. (In Ukrainian).
- Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2013). Problema profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilu [The problem of professional disadaptation surgery and therapeutic profile doctors]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of Psychiatry*, vol. 19, no. 2 (73), pp. 151–155. (In Ukrainian).
- Pshuk, N. G., & Kaminska, A. O. (2014). Deiaki indyvidualno-psykholohichni predyktory formuvannia profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurhichnoho ta terapevtychnoho profilu [Some individual psychological predictors of professional disadaptation forming in surgery and therapeutic profile doctors]. *Ukrainskyi visnyk psikhonevrologii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 84–87. (In Ukrainian).
- Dubyna, M. I., Tabachnikov, S. I., Voloshyn, N. O., Maruta, N. O., Pinchuk, I. Ya., Kozhyna, H. M., ... Zavhorodnia, N. I. (2014). Psykhične zdorovia yak peredumova zdorovia natsii [Mental health as prerequisite of nation's health]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychny, psykhoterapevtychny ta psykhoanalitичnyi zhurnal – International Psychiatry, Psychotherapy, Psychoanalytic Journal*, vol. 7, no. 4 (26), pp. 6–11. (In Ukrainian).

СИСТЕМА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ВРАЧА В ПЕРИОД АДАПТАЦИИ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В. В. Вьюн

Актуальность. Профессиональная деятельность врача характеризуется повышенной стрессогенностью в связи с необходимостью работы в условиях повышенного интеллектуального и психоэмоционального напряжения, дефицита времени и информации, высокого уровня ответственности. Поэтому проблема профессиональной адаптации относится к неисчерпаемым проблемам психологической науки.

Цель – на основе системного подхода к изучению механизмов формирования психологической адаптации к профессиональной деятельности разработать систему медико-психологической поддержки врача-интерна в период его профессиональной подготовки.

Материалы и методы. Проведено комплексное психодиагностическое обследование 256 врачей-интернов Харьковского национального медицинского университета обоих полов в возрасте 23–30 лет.

Результаты. Изучены уровни и механизмы формирования психологической адаптации врача-интерна к профессиональной деятельности и варианты дезадаптивных реакций. В период адаптации к профессиональной деятельности врачей-интернов отмечаются астенический, гиперстенический, астено-апатический, тревожно-депрессивный, аддитивный и психосоматический варианты дезадаптивных реакций. Разработана и апробирована система медико-психологической поддержки врача в период его адаптации к профессиональной деятельности, которая включает в себя программы психологических и психосоциальных тренингов, системы психологического консультирования врачей интернов.

Выводы. Результаты 3-летнего катамнестического наблюдения свидетельствуют о высокой эффективности предложенной системы медико-психологической поддержки врача в период его адаптации к профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психологическая адаптация, дезадаптация, медико-психологическая поддержка, врач-интерн.

SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF THE DOCTOR AT THE PERIOD OF ADAPTATION TO PROFESSIONAL ACTIVITY

V. V. Vjun

Background. The professional activity of a doctor is characterized by increased stresses due to the need to work in conditions of increased intellectual and psycho-emotional stress, a lack of time and information, and a high level of responsibility. Therefore, the problem of professional adaptation refers to the inexhaustible problems of psychological science.

Objective – to develop a system of medical and psychological support for an intern at the time of his professional training on the basis of a systematic approach to studying the mechanisms of the formation of psychological adaptation to professional activity.

Materials and methods. We carried out a complex psychodiagnostic examination of 256 intern doctors of the Kharkiv National Medical University of both sexes at the age of 23–30 years.

Results. The levels and mechanisms of the psychological adaptation of the intern physician to professional activity and variants of disadaptive reactions are studied. During the period of adaptation to the professional activity of interns, asthenic, hypersthenic, astheno-apatic, anxiety-depressive, addictive and psychosomatic variants of disadaptive reactions are noted. A system of medical and psychological support for a doctor has been developed and tested during his adaptation to professional activity, which includes programs for psychological and psychosocial trainings, psychological counseling for interns.

Conclusions. The results of a 3-year follow-up observation show evidence of the high effectiveness of the proposed system of medical and psychological support to the doctor during his adaptation to professional activity.

Keywords: psychological adaptation, disadaptation, medical and psychological support, intern.

Стаття надійшла до редакції 03.10.2016 р.

В'ЮН Валерій Васильович, к.мед.н., доцент, директор Інституту післядипломної освіти Харківського національного медичного університету, м.Харків, Україна; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

ВЬЮН Валерий Васильевич, к.мед.н., доцент, директор Института последипломного образования Харьковского национального медицинского университета, Харьков, Украина; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

VJUN Valery Vasilovich, MD, PhD, docent, Director of Faculty of Postgraduate Training of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: vjun_v_v@mail.ru

М. О. Дрюченко

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЇ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ПОРУШЕННЯ
МАТЕРИНСЬКО-ДИТЯЧОЇ ВЗАЄМОДІЇ В РОДИНАХ ЖІНОК,
ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ: ЗАСАДИ, ЗМІСТ, ЕФЕКТИВНІСТЬ

Ужгородський національний університет МОН України, м. Ужгород

m.driuchenko@yandex.ua

Актуальність. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на параноїдну шизофренію (ПШ), характеризується суттєвими порушеннями. Дослідження даного аспекту дозволить глибше вивчити реальні внутрішньосімейні стосунки в родинах психічно хворих жінок, визначити вплив ПШ на усі сфери сімейного функціонування, розробити систему заходів медико-психологічної корекції порушення взаємодії в системі «мати – дитина» у таких родинах.

Мета – обґрунтувати засади й розробити систему медико-психологічних заходів оптимізації материнсько-дитячої взаємодії в родинах жінок, хворих на ПШ.

Матеріали та методи. На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру впродовж 2014–2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їх чоловіків та дітей. В якості групи порівняння обстежено 50 звичайних родин. Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного та психодіагностичного методів, діти – з використанням проєктивної методики «Кінетичний малюнок сім'ї», чоловіки – клініко-психологічним і психодіагностичним методами.

Результати. Виявлені порушення материнсько-дитячої взаємодії у родинах, де мати страждає на ПШ, дали можливість визначити сім основних груп чинників, що визначають актуальний стан материнсько-дитячої взаємодії, для кожної з яких визначено кількісні значення предиктивних та превентивних факторів. Сформульовано основні принципи комплексної медико-психологічної корекції материнсько-дитячої взаємодії в родинах, де мати хворіє на ПШ, визначено об'єкт втручання й основні мішені корекційних впливів, запропоновано п'ятиетапну систему корекційних заходів.

Висновок. Оцінка результативності запропонованої системи комплексної медико-психологічної корекції материнсько-дитячої взаємодії виявила її ефективність відносно усіх сфер материнсько-дитячої та подружньої взаємодії з покращенням показників психосоціального функціонування хворої жінки, її чоловіка та дітей.

Ключові слова:

параноїдна шизофренія, мати, подружня взаємодія, дитячо-батьківські стосунки, функціонування сім'ї, медико-психологічна корекція.

Актуальність. В останні роки наукова й клінічна психіатрія та медична психологія все більше уваги приділяють вивченню ролі сім'ї як провідного чинника підтримки фізичного та психічного здоров'я індивіда, профілактики виникнення та лікування психічних захворювань. Визнано, що розв'язання більшості клінічних проблем неминуче зачіпає сімейний контекст. Саме родина, а не працівники системи охорони здоров'я, забезпечують щоденну турботу про потреби психічно хворого і необхідний для одужання режим. Тому сім'я, разом з самим пацієнтом і мультидисциплінарною бригадою фахівців, визнана нині одним з активних учасників терапевтичного процесу [1].

Наявність у жінки захворювання на параноїдну шизофренію (ПШ) кардинальним чином спотворює виконання нею подружніх та материнських функцій [2–6] та змінює функціонування сімейної системи. Функціонування сімей, у яких жінка хворіє на ПШ, характе-

ризується суттєвими порушеннями. Тяжке психічне захворювання з вираженими порушеннями мислення, емоцій, вольовим дефектом, критичним зниженням енергетичного потенціалу, важкою соціальною дезадаптацією неминуче позначається на стані сімейного функціонування, спричиняючи патологізацію внутрішньосімейних стосунків. Однак, незважаючи на наявний інтерес із боку як вітчизняних, так і закордонних фахівців, питання про зміст специфічних відмінностей сімейного функціонування родини у випадку захворювання жінки на психічний розлад залишається відкритим. Дослідження даного аспекту дозволить глибше вивчити реальні внутрішньосімейні стосунки в сім'ях психічно хворих жінок, визначити вплив психічного захворювання на усі сфери сімейного функціонування.

Мета дослідження – обґрунтувати засади й розробити систему медико-психологічних заходів оптимізації материнсько-дитячої взаємодії в родинах жінок, хворих на ПШ.

Матеріали та методи дослідження

На базі психіатричного відділення Закарпатського обласного наркологічного диспансеру впродовж 2014 – 2016 рр. обстежено 100 жінок, хворих на ПШ, їх чоловіків та 112 їх дітей (основна група, ОГ). Вік жінок складав від 25 до 40 років (середній вік – $31,6 \pm 3,1$ років), тривалість захворювання – від 2 до 15 років (середня тривалість – $8,0 \pm 3,3$ років). Вік чоловіків у середньому не перевищував діапазону 7 років між ними та дружинами ($35,9 \pm 4,8$ років). Вік дітей варіював від 3 до 14 років, серед них було 65 дівчаток і 47 хлопчиків. В якості групи порівняння (ГП) обстежено 50 звичайних родин (середній вік здорових жінок – $32,6 \pm 3,8$ років, їхніх чоловіків – $35,7 \pm 3,9$ років, дітей – від 4 до 15 років).

Жінки були обстежені за допомогою клініко-психопатологічного методу, доповненого використанням кваліфікаційної шкали оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів PANSS та психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale) [7]. Психологічний стан дітей та їх сприйняття материнсько-дитячих стосунків оцінювали за допомогою проективної методики «Кінетичний малюнок родини» Р. Бенса і С. Кауфмана [8].

Оцінку психоемоційної сфери чоловіків здійснювали з використанням наступних психодіагностичних методик: методики диференційної діагностики депресивних станів В. Зунге [9], шкали самооцінки рівня особистісної та реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна [9] й методики діагностики самооцінки самопочуття, активності, настрою [9]. Якість життя чоловіків оцінювали з використанням опитувальника якості життя, розробленого Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon [10].

Для встановлення специфіки сімейних стосунків та емоційних відносин в обстежених родинах використовували шкалу структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини, розроблену В. А. Абрамовим зі співавт., 2009 [11], опитувальник Н. Б. Лутової, О. В. Макаревич «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» [12] та шкалу любові і симпатії З. Рубіна в модифікації Л. Я. Позмана, К. Є. Альошиної, 1985 [8].

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методичку вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [9].

Методика PARI складається з 23 шкал, 8 з яких описують ставлення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне стосунки між батьками та дитиною. Типи сімейного виховання визначали відповідно до класифікації А. Є. Лічка [13].

Статистична обробка даних дослідження [14] включала розвідувальний статистичний аналіз з метою визначення характеру розподілу ознак (тести Шапіро – Уїлка, Колмогорова – Смирнова, Лілієфорса) та формування описової статистики з використанням модулю «Descriptive Statistics» прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0».

Результати та їх обговорення

У нашому дослідженні були виявлені суттєві порушення материнсько-дитячої взаємодії та сімейного функціонування у родинах, в яких мати страждає на

ПШ. Ці порушення проявлялися у вигляді подружньої дисфункції та порушення батьківсько-дитячої взаємодії.

Результатом була системна деформація материнсько-дитячої взаємодії, яка чинила виражений негативний вплив на загальну мікросоціальну, особливо сімейну, адаптацію, погіршуючи її і ще більшою мірою утруднюючи материнсько-дитячу взаємодію. Узагальнюючи визначені у нашому дослідженні закономірності щодо предикторів та превенторів деформації материнсько-дитячої взаємодії ми визначили сім основних груп чинників, які визначають актуальний стан материнсько-дитячої взаємодії (табл. 1).

Виявлені закономірності дали нам можливість обґрунтувати та розробити комплексну систему психокорекції порушень материнсько-дитячої взаємодії.

Основними принципами запропонованої комплексної системи медико-психологічної корекції порушень материнсько-дитячої взаємодії є наступне.

1. Комплексний характер заходів, що передбачає нормалізацію психічного стану жінки та чоловіка, різні форми індивідуального та групового психотерапевтичного втручання як для хворої на ПШ, так і для її чоловіка і дітей.

2. Послідовність реалізації заходів з урахуванням об'єктивного психічного стану та актуальних соціально-психологічних умов.

3. Індивідуально-орієнтований характер корекційних заходів з урахуванням порушень подружньої та материнсько-дитячої взаємодії.

Об'єктом втручання є порушення материнсько-дитячої взаємодії як складової комплексної сімейної дисфункції у родинах, в яких мати хворіє на ПШ.

Метою заходів медико-психологічної корекції є оптимізація материнсько-дитячої взаємодії шляхом:

1. Покращення психічного стану і забезпечення готовності жінки, хворої на ПШ, до відновлення нормальної материнсько-дитячої взаємодії.

2. Зменшення проявів невротизації і покращення психічного стану чоловіків і дітей жінок, хворих на ПШ.

3. Зменшення проявів психологічної та соціальної дезадаптації у жінок, хворих на ПШ, їхніх чоловіків та дітей.

4. Покращення реалізації подружньої взаємодії.

5. Нормалізації материнсько-дитячої взаємодії і напруження конструктивних патернів взаємодії батьків і дітей.

Основними мішенями медико-психологічних впливів є:

1. Порушення соціального функціонування жінки, яка хворіє на ПШ, що перешкоджає нормальній материнсько-дитячій взаємодії.

2. Дисфункціональні та неадаптивні поведінкові патерни, що утруднюють реалізацію материнсько-дитячої взаємодії.

3. Неконструктивні поведінкові стратегії, неадекватне ставлення до захворювання і недостатня поінформованість чоловіків, дружини яких хворіють на ПШ.

4. Порушення подружньої взаємодії.

5. Порушення сімейного функціонування.

З урахуванням зазначених вище особливостей, при проведенні комплексної корекції сімейного функціонування у родинах, де дружина хворіє на ПШ, слід дотримуватися наступних етапів корекційних заходів (рис. 1).

Таблиця 1. Змістовна та прогностична характеристика чинників, що формують стан материнсько-дитячої взаємодії (МДВ) у родинах, в яких мати хворіє на ПШ

Чинники	Предиктори деформації МДВ	Превентори деформації МДВ
1. Клініко-психопатологічний статус жінки	Клінічно несприятливий перебіг захворювання на ПШ: • нестійкі короточасні ремісії, тривалі періоди екзацербції, низький клінічний ефект антипсихотичної терапії; • тяжкість психопатологічної симптоматики: високий загальний показник, психотичні рівні показників продуктивної симптоматики (маячення, галюцинацій, збудження), негативної симптоматики (притупленого афекту, пасивно-апатичної соціальної відгородженості), загальної симптоматики (депресії, тривоги, активної соціальної відстороненості)	Клінічно сприятливий перебіг захворювання на ПШ: • тривалі і стійкі ремісії, адекватна реакція на антипсихотичну терапію, висока ефективність лікування на позагоспітальному етапі, висока чутливість до біологічної (нейролептичної) терапії; • низькі показники виразності (непсихотичного рівня) продуктивної, негативної та загальної симптоматики шизофренії; • відсутність вираженого шизофренічного дефекту особистості
	прогноз (за балами шкали PANSS)	
	ймовірно несприятливий: 107–113 несприятливий: >113	сприятливий: <102 ймовірно сприятливий: 102–106
2. Психоемоційний стан чоловіка	Наявність ознак розладів адаптації, депресивних або тривожно-депресивних проявів, невротизації: • клінічна симптоматика депресивних або тривожних розладів; • високі показники за шкалами депресії і тривоги	Відсутність або незначна виразність депресивних і тривожно-депресивних проявів та ознак невротизації: • відсутність клінічної депресивної та тривожної симптоматики; • низькі та помірні показники за шкалами депресії і тривоги
	прогноз (за балами шкали реактивної тривожності Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна)	
	ймовірно несприятливий: 42–49 несприятливий: >49	сприятливий: <35 ймовірно сприятливий: 35–42
3. Психосоціальне функціонування жінки і чоловіка	Неконструктивні та дисфункціональні варіанти ставлення до захворювання та лікування, недостатня підтримка з боку сім'ї: • драматизуючий або негативний типи ставлення сім'ї до ПШ; • неконструктивні варіанти ставлення родичів до лікування; • низький або обмежений рівень ресурсу сімейної підтримки	Конструктивні та адаптивні варіанти ставлення до захворювання та лікування: • адекватний тип ставлення сім'ї до захворювання на ПШ; • підтримуючий варіант ставлення родичів до лікування; • високий рівень ресурсу сімейної підтримки
	Погіршення соціального функціонування: • низький рівень якості життя; • високий рівень сімейної тривожності; • низькі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та інших значущих осіб	Задовільний рівень соціального функціонування: • високий рівень якості життя; • низький рівень сімейної тривожності; • високі показники соціальної підтримки сім'ї, друзів та інших значущих осіб
	прогноз (за балами ресурсу сімейної підтримки шкали структурованого інтерв'ю для оцінки ресурсу сімейної підтримки пацієнта)	
	ймовірно несприятливий: 20–26 несприятливий: <20	сприятливий: >32 ймовірно сприятливий: 27–32
4. Психологічний статус дитини та її оцінка сімейної ситуації	Ознаки порушень психологічного статусу дитини: • емоційний дискомфорт; • почуття самотності; • депресивний настрій; • почуття неповноцінності; • відсутність почуття єднання з родиною; • почуття відторгненості; • незадоволена афіліативна потреба	Ознаки нормального психологічного статусу дитини: • нормальний емоційний стан; • контактність; • самоповага і адекватне сприйняття себе і свого місця в родині; • сприйняття єдності і цілісності родини; • почуття захищеності
	прогноз (бали за шкалою «Сприятлива сімейна ситуація» методики «Кінетичний малюнок сім'ї»)	
	ймовірно несприятливий: 0,4–0,6 несприятливий: <0,4	сприятливий: >1,1 ймовірно сприятливий: 0,7–1,1
5. Дитячо-батьківська взаємодія	Ознаки порушень дитячо-батьківської взаємодії: • конфліктність або усамітнення дитини; • пригнічення дитини; • недостатній рівень кооперативної взаємодії та поваги до дитини	Ознаки нормальної дитячо-батьківської взаємодії: • кооперативність і взаєморозуміння в родині; • відсутність пригнічення дитини; • високий рівень поваги до дитини і її розвитку
	прогноз (за інтегральним показником батьківсько-дитячої взаємодії за методикою PARI)	
	ймовірно несприятливий: 12–20 несприятливий: <12	сприятливий: >29 ймовірно сприятливий: 21–29
6. Подружня взаємодія	Ознаки порушень подружньої взаємодії: - подружні конфлікти; - неувважність чоловіка до дружини	Ознаки нормальної подружньої взаємодії: - низька конфліктність; - достатня увага чоловіка до дружини
	прогноз (за інтегральним показником подружньої взаємодії за методикою PARI)	
	ймовірно несприятливий: 32–39 несприятливий: >39	сприятливий: <22 балів ймовірно сприятливий: 22–31

Продовження табл. 1

7. Сімейна взаємодія	Ознаки системного порушення сімейної взаємодії: • недостатнє взаєморозуміння і взаємопідтримка подружжя; • неухильність до дитини, небажання враховувати її інтереси, нехтування і пригнічення її потреб	Ознаки гармонійної сімейної взаємодії: • високий рівень взаєморозуміння і взаємопідтримки подружжя; • достатній рівень уваги до дитини, повага до її інтересів, прагнення розвитку
	прогноз (за інтегральним показником сімейної взаємодії за методикою PARI)	
	ймовірно несприятливий: 13–28 несприятливий: <13	сприятливий: >48 ймовірно сприятливий: 29–48

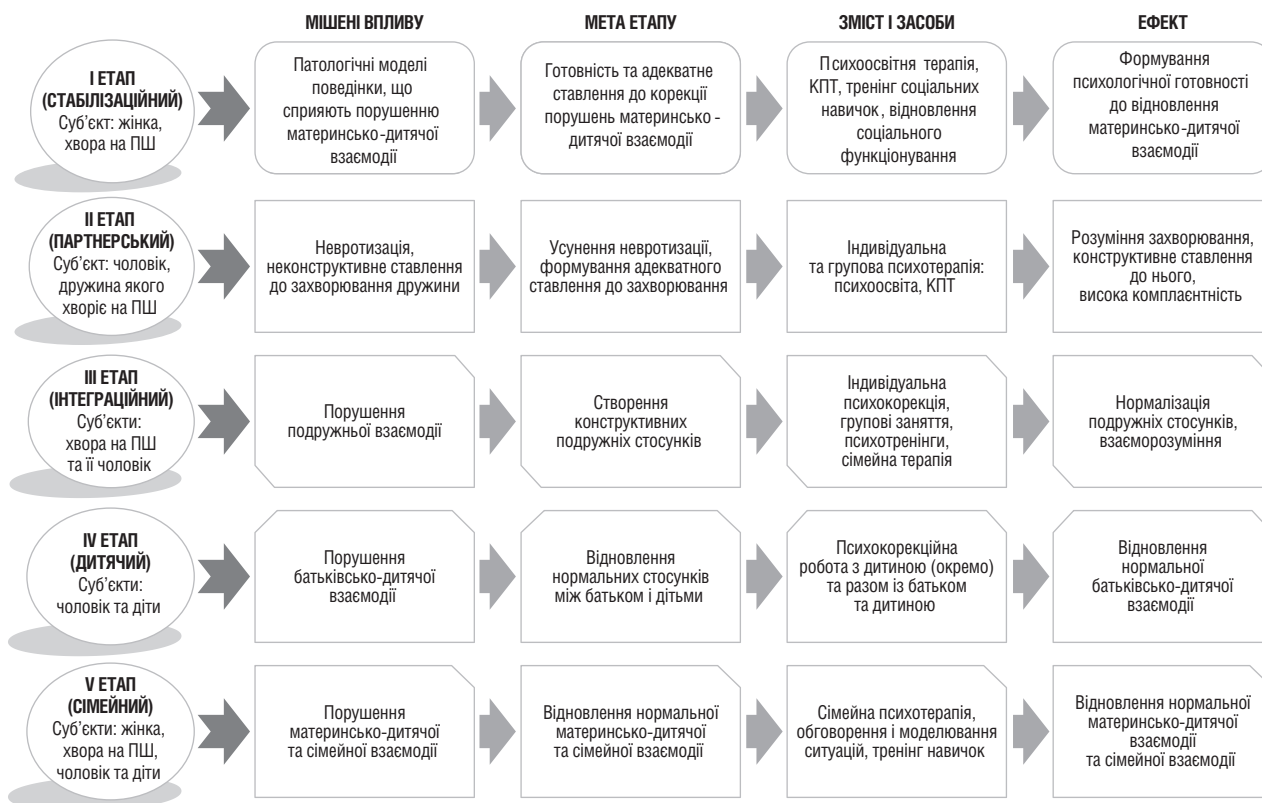


Рис. 1. Схема комплексної медико-психологічної корекції порушень МДВ при ПШ у матері

І етап – стабілізаційний. Психокорекційні заходи на цьому етапі провадилися щодо жінки, яка хворіє на ПШ. Метою даного етапу було створення психологічних передумов для подальшого психокорекційного впливу в рамках сімейної терапії.

Структура заходів на цьому етапі включала комплекс психотерапевтичних та психокорекційних заходів. Психотерапевтичні заходи включали індивідуальну психотерапію, зокрема тренінг комунікативних навичок, формування та підтримання належного рівня соціального і родинного функціонування. На етапі екзацербції захворювання індивідуальна психотерапія була спрямована на створення спокійної і доброзичливої атмосфери, формування довірчих стосунків між пацієнтом та лікарем, досягнення високого рівня комплаєнсу і готовності пацієнтки до подальшої співпраці. На етапі формування ремісії індивідуальна психотерапія включала психосвітні заходи, спрямовані на усвідомлення і прийняття пацієнткою факту психічного захворювання і пов'язаних з цим обмежень і лікувально-реабілітаційних заходів, обговорення шляхів подолання наслідків психічного розладу. Когнітивно-поведінкова терапія на цьому етапі була спрямована на корекцію основних

дисфункціональних переконань і хибних психологічних установок, патологічних форм поведінки, а також на формування адекватних і конструктивних моделей поведінки, включаючи моделі взаємодії з мікросоціальним оточенням.

Групова психотерапія на цьому етапі проводилася у спеціальних групах, що складалася з жінок, хворих на ПШ, і включала обговорення основних проблем, з якими стикалися хворі, а також тренінг соціальних навичок і когнітивних функцій.

Критерієм ефективності була готовність жінки до проведення подальших корекційних заходів щодо нормалізації материнсько-дитячої взаємодії.

ІІ етап – партнерський. Передбачав роботу з чоловіком, дружина якого хворіє на ПШ. Метою даного етапу була нормалізація психічного стану чоловіка, надання чоловікові необхідної інформації щодо особливостей перебігу ПШ, правил поведінки у спілкуванні з хворою, шляхів налагодження міжособистісних контактів, особливостей реагування хворих на ПШ, корекція неконструктивних форм поведінки та дезадаптивного ставлення до захворювання, підготовка до корекції сімейної дисфункції.

Структура заходів на цьому етапі включала індивідуальну та групову психотерапію. Індивідуальна психотерапія включала заходи з психоосвіти та тренінги міжособистісної комунікації. Кількість сеансів – від 4 до 10, залежно від рівня освіченості, комплаєнтності, динаміки позитивних змін тощо. Групова психотерапія проводилася у спеціалізованих групах, що складалася з родичів психічно хворих, і включала обговорення основних проблем та труднощів, з якими стикалися родичі хворих на ПШ, особливостей спілкування з хворими, шляхів виходу з конфліктних ситуацій тощо. Групові заняття проводилися 1–2 рази на тиждень. Загальна кількість – 4–5 занять.

Орієнтовна тривалість цього етапу – 1 місяць. Заходи II етапу можуть проводитися одночасно з психотерапевтичними та психокорекційними заходами I етапу.

III етап – інтеграційний. Заходи цього етапу були розраховані на спільну психотерапевтичну роботу жінки, яка хворіє на ПШ, та її чоловіка. На першому, індивідуальному, занятті проводилася підготовка до спільної психотерапевтичної роботи, визначалися основні цілі та мішені психотерапевтичного втручання, розроблялася тактика психотерапії. Подальші, спільні, заняття проводилися 1–2 рази на тиждень (всього від 10 до 20 занять, залежно від динаміки психотерапевтичного процесу і досягнутих результатів) впродовж 2–3 місяців. Під час заняття, що тривало 1 годину, обговорювалися причини подружньої дисфункції у сім'ях хворих на ПШ і шляхи її подолання, моделювалися основні проблемні ситуації, обговорювалися можливі варіанти вирішення конфліктів.

Структура заходів цього етапу включала психоосвітні заходи, що у доступній формі доносили до подружніх пар інформацію щодо причин, етіопатогенетичних механізмів ПШ, шляхів зменшення її несприятливих наслідків; а також сімейну психотерапію, що передбачала визначення сімейного діагнозу, особливостей взаємодії членів сім'ї, аналіз причин порушень сімейної взаємодії, механізмів внутрішньосімейних конфліктів та шляхів їх усунення, формування стійкого терапевтичного ефекту. Проблемно-вирішальна сімейна терапія передбачала пошук шляхів розв'язання проблем через реконструкцію дисфункціональних моделей сімейної взаємодії. Сімейна поведінкова терапія була спрямована на дезактуалізацію неконструктивних форм сімейної взаємодії і формування адекватних родинних стосунків із їх подальшою фіксацією у процесі сімейного функціонування.

На цьому етапі також проводилися групові психотерапевтичні сеанси у спеціалізованих групах, що складалася з жінок, хворих на ПШ, та їхніх чоловіків. Під час сеансів обговорювалися основні проблеми, з якими стикаються родини хворих на ПШ в процесі сімейної взаємодії. Кількість сеансів складала від 3 до 5, кожен сеанс тривав приблизно 1 годину.

IV етап – дитячий. Заходи цього етапу були орієнтовані на дитину і чоловіка хворої на ПШ. Перше заняття, яке проводилося з дитиною (без участі батька), було спрямоване на усунення у дитини емоційного дискомфорту, почуття самотності, депресивного настрою, почуття неповноцінності, відсутності почуття єднання з родиною, почуття відторгненості, незадоволеної афіліативної потреби. На наступних заняттях, які проходили

спільно з батьком і дитиною (дітьми), проводилися заходи з відновлення та стабілізації батьківсько-дитячої взаємодії. Застосовувалися методики моделювання, обговорення ситуацій, поведінкової корекції.

Тривалість цього етапу – 2–3 тижні, заняття проводилися двічі на тиждень. Загальна кількість занять – 5–10.

V етап – сімейний. На цьому етапі психотерапевтичні заходи охоплювали всіх суб'єктів: жінку, хвору на ПШ, її чоловіка та дітей. Заняття проводилися щотижня або двічі на тиждень, загальна кількість занять – 5–10, тривалість курсу 1–2 місяці. Перше заняття проводилося з батьками, воно було присвячене обговоренню особливостей родинної взаємодії, наявних проблем у стосунках з дитиною і тактики психокорекції. У подальшому заняття проводилися у повному складі (жінка, чоловік та діти) і включали обговорення сімейних ситуацій та шляхів подолання конфліктів, формування адекватного ставлення до дитини з боку батьків, моделювання конструктивних форм поведінки.

Загальна тривалість корекційного курсу складає 4–6 місяців. Після закінчення курсу рекомендується повторне обстеження з використанням шкал PARI та «Кінетичний малюнок сім'ї» для оцінки ефективності корекції.

Висновки

Оцінка ефективності запропонованої системи комплексної корекції материнсько-дитячої взаємодії, проведена відповідно до принципів доказової медицини з використанням опитувальника «Вимірювання батьківських установок та реакцій» (PARI) та методики «Кінетичний малюнок сім'ї», виявила високу ефективність запропонованої схеми відносно усіх сфер материнсько-дитячої та подружньої взаємодії з покращенням показників психосоціального функціонування хворої жінки, її чоловіка та дітей. Це дає підстави рекомендувати запропоновану систему для широкого застосування у родинах з неповнолітніми дітьми, де мати хворіє на ПШ.

Список використаної літератури

1. Косенко К. А. Психосоціальна реабілітація жінок, хворих на параноїдну шизофренію, при різних моделях родинної взаємодії: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Косенко Корнелі Артурівна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2015. – 24 с.
2. Животовська Л. В. Аналіз сімейного здоров'я при шизофренії в одного з батьків / Л. В. Животовська, О. А. Казаков, В. В. Борисенко // Медична психологія. – 2015. – Т. 10, № 3. – С. 48–51.
3. Пшук Н. Г. Динаміка ресурсу сім'ї, де проживає хворий на параноїдну шизофренію / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3 (72). – С. 215.
4. Маркова М. В. Рівень функціонування родини як критерій вибору типу психотерапевтичного втручання в комплексному лікуванні хворих на параноїдну шизофренію / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 1 (70), додаток. – С. 50–51.
5. Плевачук О. Ю. Взаємозв'язок перебігу шизофренії з психологічними особливостями мікросередовища пацієнта: автореф. дис. на здобуття наукового ступеня канд. мед. наук: 14.01.16 / Плевачук Оксана Юріївна; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» – Харків, 2011. – 18 с.
6. Маркова М. В. Особливості сімейної взаємодії та адаптації в родині у пацієнтів, хворих на шизофренію, з точки зору психотерапевтичного потенціалу сім'ї / М. В. Маркова, В. О. Діхтяр // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 133–134.
7. WHO Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use. – Geneva: WHO, 1988. – 96 p.
8. Олифірович Н. И. Психология семейных кризисов / Н. И. Олифірович, Т. А. Зинкевич-Куземкина, Т. Ф. Велента. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
9. Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара: Изд. дом «Бахрах-М», 2016. – 672 с.

- Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.] – Х.: РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.
- Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией: монография / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк: Каштан, 2009. – 584 с.
- Лутова Н. Б. Типология отношения семьи к терапии психотропными препаратами / Н. Б. Лутова, О. В. Макаревич. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2011. – 19 с.
- Кравченко Т. В. Допомога батькам у вихованні дітей: методичні рекомендації для соціальних працівників / Т. В. Кравченко, І. М. Трубава. – К.: ДЦССМ, 2004. – 100 с.
- Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К.: Морион, 2001. – 408 с.
- Plevachuk, O. Yu. (2011). *Vzaimozv'iazok perebihu shyzofrenii z psykholohichnymy osoblyvostyamy mikroseredovyshcha patsiienta* [Relationship paranoid schizophrenia flow of micro-psychological characteristics of the patient]. Extended abstract of Candidate's thesis, Kharkiv, 18 p. (In Ukrainian).
- Markova, M. V., & Dikhtiar, V. O. (2010). *Osoblyvosti semejnoi vzaimodii ta adaptatsii v rodyni u patsiientiv, khvorykh na shyzofreniiu, z tochky zoru psykhoterapevtychnoho potentsialu sim'i* [Features of family interaction and family adaptation in patients with schizophrenia in terms of psychotherapeutic potential of family]. *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrolohiï – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 18, issue 3 (64), pp. 133–134. (In Ukrainian).
- WHO. (1988). *Psychiatric Disability Assessment Schedule (WHO/DAS) with a Guide to its Use*. Geneva: WHO, 96 p.
- Olifirovich, N. I., Zinkevich-Kuzemkina, T. A., & Velenta, T. F. (2006). *Psihologija semejnykh krizisov* [Psychology of family crises]. St. Petersburg: Rech', 360 p. (In Russian).
- Rajgorodskij, D. Ja. (2016). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnostics. Methods and tests]. Samara: Bahrah-M, 672 p. (In Russian).
- Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semykina, O. Ye., & Koliadko, S. P. (2004). *Kriterij kachestva zhizni v psichiatricheskoy praktike* [Criterion of quality of life in psychiatric practice]. N. O. Maruta (Ed.). Kharkiv: RIF ARSIS, LTD, 239 p. (In Russian).
- Abramov, V. A., Zhyhulina, I. V., & Riapolova, T. L. (2009). *Psihosotsial'naja rehabilitacija bol'nyh shyzofrenij* [Psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients]. Donetsk: Kashtan, 584 p. (In Russian).
- Lutova, N. B., & Makarevich, O. V. (2011). *Tipologija otnoshenija sem'i k terapii psihotropnyimi preparatami* [Typology of family relationship to psychotropic therapy]. St. Petersburg: NIPNI of V. M. Behterev, 19 p. (In Russian).
- Kravchenko, T. V., & Trubavina, I. M. (2004). *Dopomoha batkam u vykhovanni ditei: metodychni rekomendatsii dlia sotsialnykh pratsivnykiv* [Assistance for parents in raising children: guidelines for social workers]. Kyiv: DTSSM, 100 p. (In Ukrainian).
- Lapach, S. M., Chubenko, A. V., & Babych, P. M. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskikh issledovaniyah s ispol'zovaniem Excel. Jeksperymental'nye issledovaniya. Klinicheskie ispytaniya. Analiz farmacevticheskogo rynka* [Statistical methods in biomedical research using Excel. Experimental research. Clinical trials. Analysis of the pharmaceutical market]. (2nd ed.). Kyiv: Morion, 408 p.

References

СИСТЕМА КОМПЛЕКСНОЙ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ МАТЕРИНСКО-ДЕТСКОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ В СЕМЬЯХ ЖЕНЩИН, БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ: ОСНОВЫ, СОДЕРЖАНИЕ, ЭФФЕКТИВНОСТЬ

М. А. Дрюченко

Актуальность. Функционирование семей, в которых женщина страдает параноидной шизофренией (ПШ), характеризуется существенными нарушениями. Исследование данного аспекта позволит глубже изучить реальные внутрисемейные отношения в семьях психически больных женщин, определить влияние ПШ на все сферы семейного функционирования, разработать систему мер медико-психологической коррекции нарушения взаимодействия в системе «мать–ребенок» в таких семьях.

Цель – обосновать принципы и разработать систему медико-психологических мероприятий оптимизации материнско-детского взаимодействия в семьях женщин, больных ПШ.

Материалы и методы. На базе психиатрического отделения Закарпатского областного наркологического диспансера в течение 2014–2016 гг. обследовано 100 женщин, больных ПШ, их мужей и детей. В качестве группы сравнения обследовано 50 обычных семей. Женщины были обследованы с помощью клинико-психопатологического и психодиагностического методов, дети – с использованием проективной методики «Кинетический рисунок семьи», мужчины – клинико-психологическим и психодиагностическим методами.

Результаты. Выявленные нарушения материнско-детского взаимодействия в семьях, где мать страдает ПШ, позволили выявить семь основных групп факторов, определяющих актуальное состояние материнско-детского взаимодействия, для каждого из которых рассчитаны количественные значения предиктивного и превентивных факторов. Сформулированы основные принципы комплексной медико-психологической коррекции материнско-детского взаимодействия в семьях, где мать болеет ПШ, определены объект вмешательства и основные мишени коррекционных воздействий, предложена пятиэтапная система коррекционных мероприятий.

Выводы. Оценка результативности предложенной системы комплексной медико-психологической коррекции материнско-детского взаимодействия выявила ее эффективность в отношении всех сфер материнско-детского и супружеского взаимодействия с улучшением показателей психосоциального функционирования больной, ее мужа и детей.

Ключевые слова: параноидная шизофрения, мать, супружеское взаимодействие, детско-родительские отношения, семейное функционирование, медико-психологическая коррекция.

SYSTEM OF INTEGRATED MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL CORRECTION OF VIOLATION OF MOTHER AND CHILD INTERACTION IN FAMILIES OF WOMEN WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA: BASES, CONTENT, EFFECTIVENESS

М. О. Дрюченко

Background. The functioning of families in which a woman suffers from paranoid schizophrenia (PSch) is characterized by significant disabilities. The study of this aspect will make it possible to study more deeply the real family relationships in the families of mentally ill women, to determine the influence of PSch on all spheres of family functioning, to develop a system of measures for medical and psychological correction of the interaction in the mother-child system in such families.

Objective – to justify the principles and develop a system of medical and psychological measures to optimize maternal and child interaction in families of women with PSch.

Materials and methods. We examined the 100 women with PSch, their husbands and children on the basis of the psychiatric department of the Transcarpathian Regional Narcological Dispensary during 2014–2016. As a comparison group, 50 ordinary families were examined. We used clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods for the women, projective technique «kinetic figure of the family» for their children and clinical and psychological and psychodiagnostic methods for their husbands.

Results. The revealed infringements of mother-child interaction in families where the mother suffers from PSch, allowed to identify seven main groups of factors determining the actual state of mother-child interaction, for each of which quantitative values of predictive and preventive factors were calculated. We defined the main principles of complex medical and psychological correction of mother-child interaction in families where the mother is sick with PSch. Also we determined the object of intervention and the main targets of corrective actions, and proposed a five-stage system of corrective measures.

Conclusions. The evaluation of the effectiveness of the proposed system of comprehensive medical and psychological correction of mother and child interaction has revealed its effectiveness in all areas of maternal and child and spousal interaction with the improvement of the indicators of the psychosocial functioning of the patient, her husband and children.

Keywords: paranoid schizophrenia, mother, conjugal interaction, child-parent relations, family functioning, medical and psychological correction.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2016 р.

ДРЮЧЕНКО Майя Олександрівна, асистент кафедри сімейної медицини факультету післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки Державного вищого навчального закладу «Ужгородський національний університет» Міністерства освіти і науки України, м. Ужгород, Україна; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua

ДРЮЧЕНКО Майя Александровна, ассистент кафедры семейной медицины факультета последипломного образования и доуниверситетской подготовки Государственного высшего учебного заведения «Ужгородский национальный университет» Министерства образования и науки Украины, г. Ужгород, Украина; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua

DRUCHENKO Maiia Oleksandrivna, assistant of Department of Family Medicine of Faculty of the Postgraduate Education and Pre-University training of the State Higher Educational Institution «Uzhhorod national university» of Ministry of Education and Science of Ukraine, Uzhhorod, Ukraine; e-mail: m.driuchenko@yandex.ua

О. Е. Духовський

ПСИХООСВІТА В СИСТЕМІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ СІМ'Ї ДИТИНИ ПЕРШОГО РОКУ ЖИТТЯ З ТЯЖКОЮ ЧЕРЕПНО-МОЗКОВОЮ ТРАВМОЮ

Харківський національний медичний університет, м. Харків

alex_duhneiro@me.com

Актуальність. Серед усіх постраждалих від черепно-мозкової травми дітей 27,9 % складають діти першого року життя. Тяжка хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування.

Мета роботи – розробка та апробація психоосвітньої програми у системі медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою.

Матеріали та методи. Проведено комплексне психодіагностичне обстеження 142 родин, в яких діти першого року життя отримали черепно-мозкову травму та перебували на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги імені проф. А. І. Мещанінова. Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічного супроводу з використанням психоосвіти, контрольну групу – 45 родин, які не отримували психологічної підтримки.

Результати. Черепно-мозкова травма дитини є психотравмуючою ситуацією для батьків та призводить до розвитку тривожно-депресивних реакцій і станів та напруженості у сімейних стосунках. Проаналізовано та визначено основні копінг-стратегії в обстежених родинах.

На підставі отриманих даних нами розроблена система медико-психологічного супроводу з психоосвітньою програмою для обстеженого контингенту, в основу якої покладено власне «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, формування довіри у діаді лікар – батьки хворої дитини. При проведенні психоосвітньої роботи використовували семінари, проблемно-орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивізацію, інтерпретацію.

Висновки. Розроблена система медико-психологічного супроводу регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складається із чотирьох послідовних етапів. Застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі сприяло стійкій позитивній динаміці психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів, зниженням сімейної конфліктності, гармонізацією подружніх стосунків.

Ключові слова:

медико-психологічний супровід, психоосвіта, тривожно-депресивні розлади, черепно-мозкова травма, дитина.

Актуальність. Тяжка хвороба дитини – це потужна стресова ситуація для всієї родини, що різко змінює сімейне функціонування. Тяжка хвороба дитини є вкрай несприятливою ситуацією, яка створює передумови для розвитку клінічно значущих розладів адаптації батьків, що негативно впливає як на стан самих батьків, так і на стан дитини, та потребує заходів психотерапевтичної корекції [1–3].

Епідеміологічні дослідження частоти випадків черепно-мозкової травми у дітей проводяться в багатьох країнах і свідчать про загальні тенденції з невеликим

коливанням показників. Встановлено, що серед усіх дітей, постраждалих від черепно-мозкової травми, 27,9 % складають діти першого року життя [4–6].

Проблема розладів адаптації у батьків дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою має вагомий медико-соціальний значення для України, що зумовлює необхідність її подальшого вивчення та вирішення. Потрібно розробити систему діагностики, корекції та психопрофілактики розладів адаптації у батьків дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою з метою покращення умов надання спеціалізованої медичної допомоги.

Мета роботи – розробка та апробація психоосвітньої програми у системі медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети ми провели комплексне психодіагностичне обстеження 142 родин (матері та батька) дітей першого року життя, які отримали черепно-мозкову травму і перебували на обстеженні та лікуванні у дитячому нейрохірургічному відділенні Харківської міської клінічної лікарні швидкої й невідкладної медичної допомоги імені проф. А. І. Мещанінова.

Основну групу склали 97 родин, які взяли участь у програмі медико-психологічного супроводу з використанням психоосвіти, контрольну групу – 45 родин, які не отримували психологічної підтримки.

Результати та їх обговорення

Як показали результати дослідження, черепно-мозкова травма дитини стала психотравмуючою ситуацією для усіх батьків, що було обумовлено не тільки тяжким станом дитини та загрозою для її життя, а й інформаційним дефіцитом щодо впливу травми, оперативного втручання, анестезії на фізичний та психічний розвиток дитини; особливостей терапії та її побічних ефектів, подальшої реабілітації дитини.

Згідно з даними, отриманими у ході роботи, батькам (матері та батькові) були притаманні знижений фон настрою (97,6 % обстежених), пригніченість (66,2 %), почуття суму й туги (73,5 % опитаних), почуття тривоги, постійного внутрішнього напруження з неможливістю розслабитись (67,4 %), стан розгубленості (36,3 %), страхи та побоювання, пов'язані із прогнозом щодо стану дитини (87,3 %), відчуття небезпеки та краху (69,8 %). У 53,6 % обстежених виявлено легкий (16,4±1,3 бали), у 32,3 % – помірний (24,6±1,7 бали) депресивний епізод за шкалою депресії Гамільтона. У 55,4 % обстежених батьків виявлено легкий (16,6±1,3 бали), у 40,2 % – помірний (24,9±1,8 бали) тривожний епізод за шкалою тривоги Гамільтона.

Проведене психодіагностичне дослідження за методикою Ч. Д. Спілбергера – Ю. Л. Ханіна показало високі рівні ситуативної й особистісної тривожності в обстежених батьків (58,89 та 59,19 бала відповідно) з більш високими показниками серед матерів, а також високий рівень виразності нервово-психічної напруги за шкалою Т. А. Немчина (69,41 бала).

Як показав аналіз застосовуваних копінг-стратегій в аспекті поведінкового способу, що дозволяв впоратися з ситуацією, більшість родин використовували стратегії, спрямовані на емоції (57,1±5,6 балів), уникнення (51,7±5,7 балів), соціальне відволікання та пристосування (50,9±7,2 та 52,6±5,8 балів відповідно, $p < 0,05$).

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему медико-психологічного супроводу сім'ї дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою, яка була регламентована мішеннями медико-психологічного впливу та складалася із чотирьох послідовних етапів: I – етап формування комплаєнсу, спрямований на встановлення продуктивного контакту між лікарем і батьками дитини першого року життя з тяжкою череп-

но-мозковою травмою; II – етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміну тривожної й депресивної установок, формування адекватних уявлень про прогноз післяопераційного періоду, ефективності лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини; III – етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини, оперативне втручання, необхідність перебування у стаціонарі, спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних стосунків; IV – етап закріплення й підтримки результатів шляхом потенціювання позитивних емоцій, фіксації на поліпшеному самопочутті дитини, специфіки реабілітаційних заходів.

Психотерапевтичний комплекс запропонованої системи медико-психологічного супроводу включав використання індивідуальної когнітивно-поведінкової терапії (Бек А. Т., 2006), сімейної терапії (Ейдміллер Е. Г., 2003), раціональної психотерапії (класичний варіант Дьюба П., 1912).

Смислотворчим елементом розробленої моделі була визначена психоосвіта. Основною метою психоосвіти є надання батькам хворої дитини знань про черепно-мозкову травму та залучення їх до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах.

В основу психоосвітньої стратегії покладено власне «освіту» шляхом формування у батьків хворої дитини адекватного уявлення про захворювання та особливості нейрохірургічного втручання, забезпечення психосоціальної підтримки, формування довіри у діаді лікар – батьки хворої дитини.

Психоосвітні заняття проводили у відкритих групах з кількістю учасників від 6 до 10 осіб. Кожен цикл складався з 3 занять тривалістю 45 хвилин. Перевищення зазначеного часу виявилось небажаним (у деяких випадках взагалі неможливим) через складнощі, пов'язані з перебуванням матері або батька не поряд з дитиною впродовж тривалого проміжку часу. Менша тривалість занять не дозволяла повноцінно розглянути обговорювані питання. Оптимальна частота проведення занять – 3 рази на тиждень (впродовж усього терміну перебування батьків із дитиною у нейрохірургічному відділенні). В середньому кількість зустрічей становила 10–12.

Як показали результати дослідження, групова робота дає батькам можливість обговорити отриману інформацію з іншими учасниками, зіставити її з власним досвідом. Суттєве значення має те, що учасники можуть отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, а й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати вирішення проблем. Не менш значущим результатом групової програми є її сприяння створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

При проведенні психоосвітньої роботи ми використовували семінари, проблемно-орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивацію, інтерпретацію.

Основною метою психоосвіти у випадку роботи із батьками дитини з тяжкою черепно-мозковою травмою є подолання дефіциту специфічних, в тому числі медичних, знань. У процесі психоосвітніх занять важливим було просте та доступне пояснення медичної термінології, яка могла бути потенційно незрозумілою або такою,

що викликає тривогу та страх. Саме тому активне залучення батьків до обговорення отриманої інформації, в тому числі незрозумілої, сприяло профілактиці розвитку ефектів тривоги, фрустрації та страху.

Усі психоосвітні заняття обов'язково починалися із обговорення змін у стані дитини, при бажанні батьки розгорнуто розповідали про події, які були безпосередньо пов'язані із перебуванням у стаціонарі. Якщо під час подібного обговорення виникали питання щодо незрозумілих та нових термінів або труднощів у їх трактуванні – одразу ж проводилося чітке пояснення та роз'яснення.

Невід'ємною складовою психоосвітньої програми була робота із емоційним станом самих батьків, спрямована на зниження емоційного напруження, спровокованого фактом лікування їхньої дитини у нейрохірургічному стаціонарі. Прицільну увагу звертали на емоційне забарвлення та реагування батьків на отриману інформацію, асоціації, що виникають при отриманні нових знань, а також на можливість появи нових страхів і проблем, безпосередньо пов'язаних із новою інформацією.

Під час проведення психоосвітніх тренінгів батьків ознайомлювали з основними питаннями виходжування дитини після оперативного втручання, в тому числі розглядали перспективи реабілітації дитини, можливі ускладнення періоду реабілітації та їх профілактику, правила організації догляду.

Важливим елементом психоосвітньої програми був тренінг подружньої взаємодії, спрямований на оптимізацію міжособистісної взаємодії в сім'ї, зниження напруженості в сімейних стосунках, які пов'язані з лікуванням.

Як показали результати динамічного спостереження, на фоні застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі відзначені стійка позитивна динаміка психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів (73,5 % матерів і 83,6 % батьків), зниження сімейної конфліктності (72,5 % сімей), гармонізація подружніх стосунків (65,2 % сімей).

Серед осіб контрольної групи у 35,4 % матерів і 11,2 % батьків діагностовано посилення психопатологічної симптоматики, у 64,6 % матерів і 88,82 % батьків виявлено стабільну клінічну картину тривожно-депресивних розладів, у 42,3 % родин відмічено погіршення стану сімейної взаємодії.

Отримані результати дозволили обґрунтувати доцільність медико-психологічного супроводу родини дитини першого року життя з тяжкою черепно-мозковою травмою з використанням психоосвітньої програми.

Висновки

Черепно-мозкова травма дитини є психотравмуючою ситуацією для батьків та призводить до розвитку у них тривожно-депресивних реакцій і станів та напруженості в сімейних стосунках.

Більшість родин використовують наступні копінг-стратегії – стратегії, спрямовані на емоції, уникнення, соціальне відволікання та пристосування.

Розроблена система медико-психологічного супроводу регламентована мішенями медико-психологічного впливу та складається із чотирьох послідовних етапів:

I – етап формування комплаєнсу, II – етап корекції інтенсивних психічних реакцій на стресову ситуацію та зміну тривожної й депресивної установок, формування адекватних уявлень про прогноз післяопераційного періоду, ефективність лікування і впливу на фізичний та психічний розвиток дитини; III – етап корекції емоційної реакції на хворобу дитини, оперативне втручання, необхідність перебування у стаціонарі, спрямований на редукцію тривожно-депресивних проявів, корекцію сімейних стосунків; IV – етап закріплення й підтримки результатів.

Психоосвіта визначена смислотворчим елементом розробленої системи медико-психологічного супроводу та передбачає надання батькам хворої дитини знань про черепно-мозкову травму та залучення їх до адекватної участі в лікувально-відновлювальних заходах. В якості додаткових впливів використовували емоційну підтримку, роз'яснення, уточнення, об'єктивацію, інтерпретацію.

Застосування запропонованої системи медико-психологічного супроводу з використанням психоосвітньої програми в основній групі сприяло стійкій позитивній динаміці психологічного стану з статистично значущою ($p < 0,05$) редукцією тривожно-депресивних розладів, зниженням сімейної конфліктності, гармонізацією подружніх стосунків.

Список використаної літератури

1. Маркова М. В. Функціональність сімейної системи як фактор предикції / превенції розвитку порушень психічного здоров'я у батьків дітей, хворих на онкологічну патологію / М. В. Маркова, О. В. Пiontkovska // Міжнародний неврологічний журнал. – 2013. – № 4 (58). – С. 49–53.
2. Пiontkovska О. В. Поведінкові патерни подолання стресу у батьків онкохворих дітей / О. В. Пiontkovska // Журнал психіатрії та медичинської психології. – 2013. – № 1 (32). – С. 80–83.
3. Пiontkovska О. В. Особливості дитячо-батьківських відносин у родині з онкологічно хворою дитиною / О. В. Пiontkovska // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, вип. 3 (76). – С. 70–73.
4. Шлапак І. П. Епідеміологічне дослідження смертності від ЧМТ в Україні / І. П. Шлапак, В. Г. Бурчинський, М. М. Пилипенко // Український нейрохірургічний журнал. – 2005. – № 3. – С. 14–16.
5. Correlation between catecholamine levels and outcome in patients with severe head trauma / [Salehpoor F., Bazzazi A. M., Estakhri R. et al.] // Pak. J. Biol. Sci. – 2010. – Vol. 13, issue15. – P. 738–742.
6. Serial Serum Leukocyte Apoptosis Levels as Predictors of Outcome in Acute Traumatic Brain Injury / H. C. Wang, T. M. Yang, Y. J. Lin [et al.] // BioMed Research International. – 2014. – Vol. 2014, Article ID 720870. – 11 p. DOI: 10.1155/2014/720870.

References

1. Markova, M. V., & Piontkovska, O. V. (2013). Funktsionalnist simeinoi systemy yak faktor predykttsii / preventsii rozvytku porushen psykhnichnoho zdorovia u batkiv ditei, khvorykh na onkologichnu patolohiiu [The functionality of the family system as a predictor / prevention factor of mental health disorders in parents of children with cancer pathology]. *Mizhnarodnyi nevrolozhnyi zhurnal – International Neurological Journal*, no. 4 (58), pp. 49–53. (In Ukrainian).
2. Piontkovska O. V. (2013). Povedinkovi paterny podolannia stresu u batkiv onkoxvorykh ditei [Behavioral patterns of coping in parents children with cancer]. *Zhurnal psihiatrii ta medichinskoj psihologii – Journal of psychiatry and medical psychology*, no. 1 (32), pp. 80–83. (In Ukrainian).
3. Piontkovska O. V. (2013). Osoblyvosti dytiachy-batkovskyykh vidnosyn u rodyini z onkologichno khvoroio dytynoiu [Features of child-parent relationship in the family with a child with cancer]. *Ukrainskyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 21, issue 3 (76), pp. 70–73. (In Ukrainian).
4. Shlapak, I. P., Burchynskyi, V. H., & Pylypenko, M. M. (2005). Epidemiologichne doslidzhennia smertnosti vid ChMT v Ukraini [Epidemiological studies of mortality from TBI in Ukraine]. *Ukrainskyi neurokhirurhichnyi zhurnal – Ukrainian Neurosurgical Journal*, no. 3, pp. 14–16. (In Ukrainian).
5. Salehpoor, F., Bazzazi, A. M., Estakhri, R., Zaheri, M., & Asghari, B. (2010). Correlation between catecholamine levels and outcome in patients with severe head trauma. *Pak. J. Biol. Sci.*, vol. 13, issue15, pp. 738–742.
6. Wang, H. C., Yang, T. M., Lin, Y. J., Chen, W. F., Ho, J. T., Lin, Y. T., ... Lu, C. H. (2014). *BioMed Research International*, vol. 2014, Article ID 720870, 11 p. DOI: 10.1155/2014/720870.

ПСИХООБРАЗОВАНИЕ В СИСТЕМЕ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ С ТЯЖЕЛОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

А. Э. Духовский

Актуальность. Среди всех пострадавших от черепно-мозговой травмы детей 27,9 % составляют дети первого года жизни. Тяжелая болезнь ребенка – это мощная стрессовая ситуация для всей семьи, которая резко меняет семейное функционирование.

Цель работы – разработка и апробация психообразовательной программы в системе медико-психологического сопровождения семьи ребенка первого года жизни с тяжелой черепно-мозговой травмой.

Материалы и методы. Проведено комплексное психодиагностическое обследование 142 семей, в которых дети первого года жизни получили черепно-мозговую травму и находились на обследовании и лечении в детском нейрохирургическом отделении Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи имени проф. А. И. Мещанинова. Основную группу составили 97 семей, принявших участие в программе медико-психологического сопровождения с использованием психообразования, контрольную группу – 45 семей, которые не получали психологической поддержки.

Результаты. Черепно-мозговая травма ребенка является психотравмирующей ситуацией для родителей и приводит к развитию тревожно-депрессивных реакций и состояний и напряженности в семейных отношениях. Проанализированы и определены основные копинг-стратегии в обследованных семьях.

Основываясь на полученных данных, мы разработали для обследуемого контингента систему медико-психологического сопровождения с психообразовательной программой, в основу которой положено собственно «образование» путем формирования у родителей больного ребенка адекватного представления о заболевании и особенностях нейрохирургического вмешательства, формирования доверия в диаде врач – родители больного ребенка. При проведении психообразовательной работы использовали семинары, проблемно-ориентированные дискуссии, тренинги по улучшению семейных коммуникаций. В качестве дополнительных воздействий использовали эмоциональную поддержку, разъяснение, уточнение, объективацию, интерпретацию.

Выводы. Разработанная система медико-психологического сопровождения регламентирована мишенями медико-психологического воздействия и состоит из четырех последовательных этапов. Применение предложенной системы медико-психологического сопровождения с использованием психообразовательной программы в основной группе способствовало устойчивой положительной динамике психологического состояния с статистически значимой ($p < 0,05$) редукцией тревожно-депрессивных расстройств, снижением семейной конфликтности, гармонизацией супружеских отношений.

Ключевые слова: медико-психологическое сопровождение, психообразование, тревожно-депрессивные расстройства, черепно-мозговая травма, ребенок.

PSYCHOEDUCATION IN THE SYSTEM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO THE FAMILY OF CHILD OF THE FIRST YEAR OF LIFE WITH HEAVY CRANIOCEREBRAL TRAUMA

O. E. Dukhovskyy

Background. The children of the first year of life account for 27,9% of the children affected by craniocerebral trauma. Severe illness of the child is a powerful stressful situation for the whole family, which drastically changes family functioning.

Objective – to develop and appraise the psychoeducational program in the system of medical and psychological support of the family of the child of the first year of life with severe craniocerebral trauma.

Materials and methods. We conducted a comprehensive psychodiagnostic examination of 142 families in which the children of the first year of life received a craniocerebral trauma and were examined and treated in the children's neurosurgical department of the Prof. Meshchaninov Kharkov City Clinical Emergency Hospital. The main group consisted of 97 families, who took part in the program of medical and psychological support with the use of psychoeducation; a control group – 45 families, who did not receive psychological support.

Results. Craniocerebral trauma of the child is a psychotraumatic situation for parents and leads to the development of anxiety-depressive reactions and to disturbance of family relationships. We analyzed and determined the main coping strategies in the examined families.

Based on the received data, we have developed a system of medical and psychological support for the surveyed contingent with a psycho-educational program, which is based on proper «education» by forming in the parents of a sick child an adequate idea of the disease and about the features of neurosurgical intervention, the formation of confidence in the dyad the physician-the parents of the sick child. When conducting psychoeducational work, we used seminars, problem-oriented discussions, trainings on improving family communications. As additional impacts, we used emotional support, clarification, clarification, objectification, interpretation.

Conclusions. The developed system of medical and psychological support is regulated by targets of medical and psychological influence and consists of four consecutive stages. The application of the proposed system of medical and psychological support with the use of the psycho-educational program in the main group contributed to a stable positive dynamics of the psychological state with a statistically significant ($p < 0.05$) reduction in anxiety-depressive disorders, a decrease in family conflict, harmonization of marital relations.

Keywords: medical and psychological support, psychoeducation, anxiety and depressive disorders, craniocerebral trauma, child.

Стаття надійшла до редакції 11.10.2016 р.

ДУХОВСЬКИЙ Олександр Ерікович, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, завідувач дитячим нейрохірургічним відділенням Харківської міської клінічної лікарні швидкої та невідкладної медичної допомоги ім. проф. А. І. Мещанинова, Харків, Україна; e-mail: alex_duhneiro@me.com

ДУХОВСКОЙ Александр Эрикович, соискатель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, заведующий детским нейрохирургическим отделением Харьковской городской клинической больницы скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А.И. Мещанинова, Харьков, Украина; e-mail: alex_duhneiro@me.com

DUKHOVSKYY Oleksandr Erikovich, Competitor of PhD degree of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkov National Medical University, Head of children's neurosurgery department of Prof. Meshchaninov Kharkov City Clinical Emergency Hospital, Kharkov, Ukraine; e-mail: alex_duhneiro@me.com

М. С. Панченко

ДОСВІД ВИВЧЕННЯ НЕПСИХОТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ ПСИХІЧНОЇ СФЕРИ
У ОСІБ З РІЗНИМ РІВНЕМ КАРДІОВАСКУЛЯРНОГО РИЗИКУ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

pretchnick@gmail.com

Ключові слова:
кардіоваскулярний
ризик, медична
психологія, непсихотичні
психічні порушення.

Актуальність. Необхідність розробки засобів діагностики кардіоваскулярного ризику (КВР) з урахуванням психологічного портрета особистості є актуальним питанням сучасної науки.

Мета – узагальнення даних щодо частоти непсихотичних розладів психічної сфери у осіб з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи. Комплексне медико-психологічне дослідження пацієнтів ($n=450$) з різним рівнем КВР.

Результати. Частота реакцій психічної дезадаптації в різних ризикометричних групах була вищою серед пацієнтів з реалізованим КВР.

Соматогенно-астенічний симптомокомплекс у різних ризикометричних групах пацієнтів частіше було діагностовано у пацієнтів з реалізованим КВР. Гострі невротичні розлади виявляли частіше серед пацієнтів з високим КВР. У пацієнтів з високим КВР невротичні розлади з затяжним перебігом розвивалися частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання.

Висновки. Заходи в системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на серцево-судинні захворювання, а й осіб з високим рівнем КВР, потребують розробки диференційованих принципів та індивідуального підходу до даної категорії пацієнтів.

Актуальність. Дослідження, спрямовані на удосконалення медико-психологічного моніторингу, ранньої діагностики, індивідуалізацію ризикометричних підходів на сьогодні є актуальними [6–9, 13, 16], оскільки, згідно з існуючими уявленнями, шкала оцінки ризику «SCORE» призначена для прогнозування смертельного (коронарного чи некоронарного) захворювання в найближчі 10 років, тоді як у молодому віці технологія оцінки кардіоваскулярного ризику (КВР) має проспективний характер. Не дивлячись на меншу точність, ніж у старших вікових групах, технологія дозволяє на рівні первинної ланки надання медичної допомоги індивідуалізувати засоби цільової профілактики кардіоваскулярних подій [6–10].

Серед способів діагностики та моніторингу КВР є способи, спрямовані на використання як результатів лабораторних досліджень, так і дихотомічних індикаторів ризику [1, 4, 14, 16]. Недоліком існуючих підходів є лабораторно-інструментальна формалізація в оцінках КВР, яка не враховує ні психологічного портрета особистості, ні наявності у нього непсихотичних розладів психічної сфери, що актуалізує удосконалення концепції діяльності на первинному рівні надання допомоги задля підвищення ефективності профілактичних заходів та покращення прогнозу пацієнтів з високим КВР [11, 13, 14].

Мета дослідження – узагальнення даних щодо частоти непсихотичних розладів психічної сфери у осіб з різним рівнем кардіоваскулярного ризику.

Матеріали та методи дослідження

Первинною інформаційною базою для виконання дослідження стали результати комплексного обстеження пацієнтів молодого віку ($n=450$), частина яких мали непсихотичні порушення психічної сфери (НППС) та які попередньо були стратифіковані за рівнем КВР, визначеним за методикою «SCORE» [1, 16]. Застосування цієї методики передбачало урахування віку, статі, куріння, рівня артеріального тиску тощо і передбачало можливість екстраполяції можливого ризику на старший вік [1, 4]. Дослідження виконане за стандартизованою програмою збирання, накопичення та аналізу результатів. До групи мінімального (низького) КВР віднесено 125 пацієнтів ($n_{\text{МР}}=125$), середнього – 19 пацієнтів ($n_{\text{СР}}=119$), високого – 102 пацієнти ($n_{\text{ВР}}=102$); до групи з реалізованим КВР – 104 особи ($n_{\text{Х}}=104$) з діагностованими серцево-судинними захворюваннями (зокрема з гіпертонічною хворобою I–II ст.). При виконанні дослідження застосовано відомі та широко вживані клініко-статистичні та клініко-інформаційні методи: анамнестичний кількісний аналіз [2, 3, 12], варіаційна статистика [12], імовірнісний розподіл клінічних ознак з оцінкою достовірності результатів [12].

Результати та їх обговорення

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру реакцій психічної дезадаптації і загальні закономірності їх розподілу залежно від рівня КВР. Разом з тим, ми виявили і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої певні кількісні та якісні особливості клінічної структури реакцій психічної дезадаптації. Результати дослідження частоти різних форм НППС за ризикометричними групами та в групі хворих з маніфестованою патологією (хворі на гіпертонічну хворобу I–II ст.) розподілились наступним чином (табл. 1).

Серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР реакції психічної дезадаптації (РПД) мали місце у (59,6±4,9) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма РПД, найменш поширеною – афективна (відповідно (27,3±4,5) % та (6,1±2,4) %, $p \leq 0,05$). На другому ранговому місці за частотою була дистимічна форма РПД – (17,2±3,8) %, а соматоформна та афективна за частотою діагностування достовірно не відрізнялися. Серед 119 пацієнтів з середнім КВР РПД мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (44,1±4,9) % обстежених: найпоширенішою ($p \leq 0,05$) була дистимічна форма РПД, найменш поширеною – афективна форма РПД (відповідно (22,5±4,1) % та (4,9±2,1) %, $p \leq 0,05$). При цьому астенична, соматоформна та афективна форми РПД діагностувалися практично з однаковою частотою.

Серед 102 пацієнтів з високим кардіоваскулярним ризиком реакції психічної дезадаптації мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (48,5±5,1) % обстежених: найпоширенішою була афективна форма РПД, тоді як інші варіанти РПД діагностували практично з однаковою частотою (у межах від (5,2±2,2) % – астеничний варіант, до (8,2±2,8) % – дистимічний варіант РПД, $p > 0,05$). Серед 104 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на серцево-судинні захворювання) реакції психічної дезадаптації мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при кардіоваскулярному ризику – у (68,3±4,6) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма РПД ($p \leq 0,05$), а найрідше діагностували соматоформний варіант РПД – у (3,9±1,9) %.

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру соматогенного астеничного симпто-

мокомплексу (САСК) і загальні закономірності розподілу його клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої кількісні та якісні особливості клінічної структури САСК. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР САСК виявлено у (21,2±4,1) % обстежених: однаково поширеними були всі клінічні варіанти САСК (їх частота коливалась у межах від (3,0±1,7) % – астеничний, до (7,1±2,6) % – астено-тривожний та астено-субдепресивний). При цьому проміжне положення за частотою займав дисомнічний варіант САСК – (4,0±2,0) %.

Серед 119 пацієнтів з середнім КВР частота САСК достовірно не відрізнялася від аналогічного показника групи з мінімальним КВР та становила (21,6±4,1) %, однак в структурі САСК групи з середнім КВР достовірно ($p \leq 0,05$) більше клінічних варіантів астеничного типу, частота якого становила (11,8±3,2) %, тоді як інші клінічні варіанти в цій групі діагностовано з однаковою частотою (у межах від (2,0±1,4) % – дисомнічний варіант, до (4,9±2,1) % – астено-субдепресивний варіант ($p > 0,05$)).

Серед 102 пацієнтів з високим КВР САСК мав місце достовірно ($p \leq 0,05$) рідше, ніж при мінімальному КВР – у (10,1±3,2) % обстежених, а за частотою діагностування клінічні варіанти САСК виявлялися однаково часто (від (1,0±1,0) % – дисомнічний, до (3,0±1,7) % – астено-тривожний та астено-субдепресивний, $p > 0,05$). Серед 104 пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на ССЗ) САСК мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при високому рівні КВР – у (20,6±4,0) % обстежених: найпоширенішою була астенична форма САСК ($p \leq 0,05$), а найрідше діагностували дисомнічний варіант САСК – у (2,0±1,4) % хворих.

Клініко-психопатологічне дослідження дозволило визначити структуру гострих невротичних реакцій (ГНР) і загальні закономірності розподілу їх клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР ГНР мали місце у (6,1±2,4) % обстежених: однаково поширеними були всі клінічні варіанти ГНР (їх частота коливалась у межах від (3,0±1,7) % – неврастенія, до (1,0±1,0) % – обсесивно-компульсивний розлад). Серед 119 пацієнтів з середнім КВР частота гострих невротичних реакцій не відрізнялася від аналогічного показ-

Таблиця 1. Частота та характер різних форм неспихотичних порушень психіки залежно від рівня кардіоваскулярного ризику

Форми неспихотичних порушень психічної сфери		Рівень кардіоваскулярного ризику			
		мінімальний ($n_{\text{мр}}=125$)	середній ($n_{\text{ср}}=119$)	високий ($n_{\text{вр}}=102$)	хворі з ССЗ ($n_{\text{х}}=104$)
Реакції психічної дезадаптації	абс., осіб	59	45	47	71
	$P \pm m$, %	47,2±4,5 ^б	37,8±4,4 ^а	46,1±4,9	68,3±4,6 ^{а, б, с}
Соматогенний астеничний симптомокомплекс	абс., осіб	21	22	9	21
	$P \pm m$, %	16,8±3,3	18,5±3,6 ^с	8,8±2,8 ^{а, б}	20,2±3,9 ^{а, с}
Гострі невротичні реакції	абс., осіб	6	6	23	8
	$P \pm m$, %	4,8±1,9 ^с	5,0±2,0 ^с	22,5±4,1 ^{а, б}	7,7±2,6 ^с
Невротичні розлади з затяжним перебігом	абс., осіб	13	29	18	2
	$P \pm m$, %	10,4±2,7 ^с	24,4±3,9 ^а	17,6±3,8 ^а	1,9±1,3 ^{а, б, с}
Без неспихотичних порушень психіки	абс., осіб	26	17	5	2
	$P \pm m$, %	20,8±3,6 ^с	14,3±3,2 ^а	4,9±2,1 ^а	1,9±1,3 ^{а, с}

Примітка: ^а – достовірна відмінність у порівнянні з мінімальним КВР при $p \leq 0,05$; ^б – достовірна відмінність у порівнянні з середнім рівнем КВР при $p \leq 0,05$; ^с – достовірна відмінність у порівнянні з високим рівнем КВР при $p \leq 0,05$.

ника групи з мінімальним КВР та становила $(5,9 \pm 2,3) \%$, а в структурі ГНР групи з середнім КВР достовірного переважання одного із клінічних варіантів гострих невротичних реакцій не виявлено – клінічні варіанти в цій групі діагностовано з однаковою частотою (у межах від $(2,0 \pm 1,4) \%$ – дисоціативно-конверсійний варіант, до $(2,9 \pm 1,7) \%$ – неврастенічний варіант, $p > 0,05$). Серед пацієнтів з високим КВР ГНР мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при мініальному чи середньому рівнях КВР – у $(23,7 \pm 4,0) \%$ обстежених, а за частотою діагностування клінічні варіанти гострих невротичних розладів виявлялися однаково часто (від $(4,1 \pm 2,0) \%$ – обсесивно-компульсивні розлади, до $(5,2 \pm 2,2) \%$ – дисоціативно-конверсійні, $p > 0,05$), окрім частоти неврастенії, що становила $(14,4 \pm 3,6) \%$. Серед пацієнтів з реалізованим КВР (хворі на серцево-судинні захворювання) ГНР мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж при високому КВР – у $(7,8 \pm 2,7) \%$ обстежених: дещо більш поширеною була неврастенія ($p > 0,05$), а найрідше діагностували дисоціативно-конверсійні розлади – у $(1,0 \pm 1,0) \%$ хворих.

Клініко-патопсихологічне дослідження дозволило визначити структуру невротичних розладів із затяжним перебігом (НРЗП) і загальні закономірності розподілу їх клінічних варіантів залежно від рівня КВР. Разом з тим, нами виявлені і певні відмінності, тобто кожна ризикометрична група мала свої кількісні та якісні особливості клінічної структури НРЗП. Так, серед 125 пацієнтів з мінімальним КВР невротичні розлади з затяжним перебігом були у $(13,1 \pm 3,4) \%$ обстежених: однаково поширеними виявилися астено-іпохондричний варіант – $(3,0 \pm 1,7) \%$, іпохондричний – $(2,0 \pm 1,4) \%$ та сенесто-іпохондричний – $(1,0 \pm 1,0) \%$, тоді як гіпотимічний варіант НРЗП виявляли достовірно частіше – у $(7,1 \pm 2,6) \%$. Серед пацієнтів з середнім КВР частота НРЗП була достовірно ($p \leq 0,05$) більшою та становила $(28,4 \pm 4,5) \%$, а в структурі НРЗП групи з середнім КВР достовірно ($p \leq 0,05$) переважали іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти (відповідно $(9,8 \pm 2,9) \%$ та $(11,8 \pm 3,2) \%$), тоді як астено- та сенесто-іпохондричні варіанти реєструвались на рівні 2–4 %.

У пацієнтів з високим КВР НРЗП мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання (відповідно $(18,6 \pm 3,9) \%$ та $(2,0 \pm 1,4) \%$), а в структурі НРЗП групи високого КВР переважали астено-іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти невротичних розладів з затяжним перебігом (див. табл. 1)

Висновки

1. Частота реакцій психічної дезадаптації в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від $(37,8 \pm 4,4) \%$ до $(68,3 \pm 4,6) \%$ та була достовірно ($p \leq 0,05$) вищою серед пацієнтів з реалізованим кардіоваскулярним ризиком, ніж у групах з різним його рівнем; при цьому достовірних відмінностей частоти реакцій психічної дезадаптації залежно від рівня КВР не виявлено, що свідчить про відносно однаковий рівень психічної дезадаптації на донозологічному етапі реалізації кардіоваскулярного ризику.

2. Частота соматогенного астенічного соматокомплексу в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від $(10,1 \pm 3,2) \%$ до $(21,6 \pm 4,1) \%$ та була

достовірно ($p \leq 0,05$) вищою у пацієнтів з реалізованим кардіоваскулярним ризиком, ніж у групі з високим КВР. При цьому виявлені достовірні відмінності у частоті САСК залежно від рівня КВР, що може бути використано в системі індивідуалізації психокорекційного впливу.

3. Частота гострих невротичних реакцій в різних ризикометричних групах пацієнтів коливалась у межах від $(6,1 \pm 2,4) \%$ до $(23,7 \pm 4,01) \%$ та була достовірно ($p \leq 0,05$) вищою у пацієнтів з високим КВР, ніж в інших групах порівняння.

4. Серед пацієнтів з високим КВР невротичні розлади з затяжним перебігом мали місце достовірно ($p \leq 0,05$) частіше, ніж у хворих на серцево-судинні захворювання (відповідно $(18,6 \pm 3,9) \%$ та $(2,0 \pm 1,4) \%$), а в структурі невротичних розладів з затяжним перебігом групи високого кардіоваскулярного ризику переважали астено-іпохондричний та гіпотимічний клінічні варіанти невротичних розладів з затяжним перебігом.

5. Існує необхідність розробки диференційованих заходів у системі медико-психологічного моніторингу осіб з різним рівнем КВР та індивідуалізованого клініко-психологічного супроводу не тільки хворих на серцево-судинні захворювання, а й осіб з високим рівнем КВР.

Список використаної літератури

- Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / І. М. Горбась // Здоров'я України. – 2008. – № 11 (1). – С. 40–41.
- Личко А. Е. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195–1198.
- Лишук В. А. Информатизация в клинической медицине / В. А. Лишук // Клин. информатика и телемедицина. – 2004. – Т. 1, № 1. – С. 17–27.
- Нетяженко В. З. Пацієнт високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / В. З. Нетяженко, О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. – 2008. – № 5–6 (11–12). – С. 123–129.
- Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина [и др.] // Кардиология. – 2008. – Т. 48, № 5. – С. 87–91.
- Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / М. С. Панченко // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць. – 2013. – Вип. 4 (118). – С. 300–307.
- Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 1 (104). – С. 193–197.
- Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / М. С. Панченко // Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 2 (105). – С. 149–153.
- Санология та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев [та ін.] // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 457–466.
- Приходько В. Ю. Пациент высокого риска – кто он? / В. Ю. Приходько // Здоров'я України. – 2010. – № 3. – С. 18–19.
- Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань / Ю. М. Сіренко // Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52–60.
- Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2002. – С. 50–75.
- Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини: методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко (Затверджено ЦМК МОЗ України). – Київ, 2013. – 20 с.
- Шальнова С. А. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2005. – Т. 1, № 3. – С. 54–56. – DOI:10.20996/1819-6446-2005-1-3-54-56.
- Санология та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев,

Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495–505.

16. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman [et al.] // JAMA. – 2006. – Vol. 295, issue 2. – P. 180–189. – DOI:10.1001/jama.295.2.180.

References

17. Горбась І. М. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / Здоров'я України. – 2008. – № 11 (1). – С. 40–41. Шкала SCORE у клінічній практиці: переваги й обмеження / Здоров'я України.
18. Медико-психологическое обследование соматических больных / А. Е. Личко, Н. Я. Иванов // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Медико-психологическое обследование соматических больных / Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова – 1980. – Т. 80, № 8. – С. 1195–1198.
19. Лишук В. А. Информатизация клинической медицины / Журн. информатика и телемедицина. – 2004. – № 1. – С. 7–13.
20. Нетяженко В. З. Пациент високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / О. Г. Пузанова // Внутрішня медицина. Нетяженко В. З. Пациент високого кардіоваскулярного ризику: як покращити прогноз / Внутрішня медицина. – 2008. – № 5–6. – С. 123–129.
21. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Р. Г. Органов, С. А. Шальнова, А. М. Калинина // Кардиология. Новый способ оценки индивидуального сердечно-сосудистого суммарного риска для населения России / Кардиология. 2008. – № 5. – С. 85–89.
22. Панченко М. С. Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту / Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць. – Медико-психологічні, санологічні та генеалогічні передумови формування підвищеного серцево-судинного ризику у пацієнтів з хронічними захворюваннями шлунково-кишкового тракту Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць 2013. – Вип. 4, (118). – С. 280–287.
23. Панченко М. С. Прогностичне значення медико-психологічних факторів в оцінці серцево-судинного ризику Вісник проблем медицини та біології. – 2013. – Вип. 4, Т. 1. – С. 193–197.
24. Панченко М. С. Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик Вісник проблем медицини та біології. – Психологічні особливості хворих з соматичною патологією та кардіоваскулярний ризик / Вісник проблем медицини та біології 2013. – Вип. 4, Т. 2. – С. 149–153.
25. Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць Санологія та клінічна медицина: методологія та досвід популяційного аналізу психосоматичних розладів у молодому віці / М. С. Панченко, С. П. Шкляр, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: збірник наукових праць. – 2011. – Вип. 6, (108). – С. 457–467.
26. Приходько В. Ю. Пациент високого ризику – хто он? / Здоров'я України. Пациент високого ризику – хто он? / ВЗдоров'я України – 2010. – № 3. – С. 18–19.
27. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань Сімейна медицина. Сіренко Ю. М. Ефективність профілактичних заходів для попередження розвитку серцево-судинних захворювань Сімейна медицина. – 2006. – № 1. – С. 52–60.
28. Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник Соціальна медицина та організація охорони здоров'я: підручник / заг. ред. Москаленко В. М., Вороненко Ю. В. – Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2002. – С. 50–75.
29. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини: методичні рекомендації МОЗ України; укладачі: С. П. Шкляр, І. М. Кравченко, Л. В. Черкашина, О. І. Сердюк, М. С. Панченко (Затверджено ЦМК МОЗ України). – Київ, 2013. – 20 с. Соціометрична оцінка якості медичної допомоги в амбулаторіях загальної практики-сімейної медицини: методичні рекомендації МОЗ України
30. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний: комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Шальнова, О. В. Вихирева // Рациональная фармакотерапия. Оценка суммарного риска сердечно-сосудистых заболеваний: комментарии к европейским рекомендациям по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний / Рациональная фармакотерапия – 2005. – № 3. – С. 54–56.
31. Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / С. П. Шкляр, М. С. Панченко, Д. П. Перцев, Л. В. Черкашина // Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наукових праць Санологія та клінічна медицина: методичні аспекти вивчення факторів ризику психосоматичних розладів / Проблеми екологічної та медичної генетики і клінічної імунології: зб. наукових праць. – 2011. – Вип. 6 (108). – С. 495–505.
32. Bhatt D. L. International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis / D. L. Bhatt, P. G. Steg, E. M. Ohman // JAMA. – 2006. – № 295. – P. 180–189.

ОПЫТ ИЗУЧЕНИЯ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ КАРДИОВАСКУЛЯРНОГО РИСКА

Н. С. Панченко

Актуальность. Необходимость разработки средств диагностики кардиоваскулярного риска (КВР) с учетом психологического портрета личности является актуальным вопросом современной науки.

Цель. Обобщение данных о частоте непсихотических нарушений психической сферы у лиц с разным уровнем кардиоваскулярного риска.

Материалы и методы. Комплексное медико-психологическое обследование пациентов (n=450) с различным уровнем КВР.

Результаты. Частота реакций психической дезадаптации в разных рискометрических группах была выше среди пациентов с реализованным КВР. Соматогенно-астенический симптомокомплекс в разных рискометрических группах пациентов чаще был диагностирован у пациентов с реализованным КВР. Острые невротические расстройства проявлялись чаще среди пациентов с высоким КВР. У пациентов с высоким КВР невротические расстройства с затяжным течением развивались чаще, чем у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Выводы. Мероприятия в системе медико-психологического мониторинга лиц с разным уровнем КВР и клинико-психологического сопровождения не только больных сердечно-сосудистыми заболеваниями, но и лиц с высоким уровнем КВР, требуют разработки дифференцированных принципов и индивидуального подхода для данной категории пациентов.

Ключевые слова: кардиоваскулярный риск, медицинская психология, непсихотические психические нарушения.

EXPERIENCE OF STUDY OF NON-PSYCHOTIC DISORDERS OF THE MENTAL SPHERE IN PERSONS WITH DIFFERENT LEVEL OF CARDIOVASCULAR RISK

М. S. Panchenko

Background. The development of diagnostic criteria for assessing cardiovascular risk (CVR), taking into account the psychological portrait of an individual, is an urgent issue in modern science.

Objective – generalization of data on the frequency of non-psychotic disorders of the mental sphere in persons with different levels of cardiovascular risk.

Materials and methods. We conducted a comprehensive medical and psychological examination of patients (n=450) with different levels of CVR.

Results. The frequency of reactions of mental disadaptation in groups with different risk was higher among patients with realized CVR. Somatogenic asthenic symptom complex in patients groups with different risk of was more often diagnosed in patients with realized CVR. Acute neurotic disorders were manifested more often among patients with high CVR. Neurotic disorders with protracted course developed more often in patients with high CVR than in patients with cardiovascular diseases.

Conclusions. Measures in the system of medical and psychological monitoring of people with different levels of CVR and clinical and psychological support not only for patients with cardiovascular diseases, but also for people with a high level of CVR, require the development of differentiated principles and an individual approach for this category of patients.

Keywords: cardiovascular risk, medical psychology, non-psychotic mental disorders.

Стаття надійшла до редакції 14.10.2016 р.

ПАНЧЕНКО Микола Сергійович, к. мед. н., доцент, доцент кафедри сімейної медицини, народної і нетрадиційної медицини та санології Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: pretchnick@gmail.com

ПАНЧЕНКО Николай Сергеевич, к. мед. н., доцент, доцент кафедры семейной медицины, народной и нетрадиционной медицины и санологии Харьковской медицинской академии последипломного образования, г. Харьков, Украина; e-mail: pretchnick@gmail.com

PANCHENKO Mykola Serhiiovych, MD, PhD, docent, Associate Professor of Department of Family Medicine, Traditional and Alternative Medicine and Sanology of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: pretchnick@gmail.com

О. Ю. Резуненко

ПРИНЦИПИ ТА АЛГОРИТМ ПСИХООСВІТИ ХВОРИХ
НА БІПОЛЯРНИЙ АФЕКТИВНИЙ РОЗЛАД

Харківський національний медичний університет, м. Харків

ol84eg@ukr.net

Актуальність. Сучасні наукові дослідження біполярного афективного розладу (БАР) присвячені оновленню концепції психосоціальної реабілітації хворих, їх соціальної реінтеграції та покращенню якості життя.

Мета – розробити принципи та алгоритм проведення психоосвітньої програми в комплексному лікуванні та реабілітації хворих на БАР.

Матеріали та методи. Проведено комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 158 хворих на БАР обох статей. Основну групу склали 94 хворих, які отримували регламентовану психофармакотерапію та брали участь у психоосвітній програмі; контрольну групу – 64 хворих, які отримували лише стандартну регламентовану терапію.

Результати. Вивчено соціально-демографічні та клініко-психопатологічні особливості пацієнтів обох груп. Розроблено та апробовано систему психоосвіти у комплексній реабілітації хворих, яка включає в себе використання інформаційного тренінгу, тренінгу формування прихильності до терапії та інтерперсональної взаємодії, тренінгу поліпшення комплаєнсу, прийому когнітивно-поведінкової психотерапії, проблемно-орієнтованих дискусій. Проведення психоосвітньої програми у комплексному лікуванні пацієнтів з БАР сприяє вираженій позитивній динаміці рівня соціального функціонування, трансформації копінг-стратегій, переходу дезадаптивних типів ставлення до хвороби в адаптивні, розвитку особистісного ресурсу, що достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідні зміни в контрольній групі.

Висновки. Розроблена психоосвітня програма в структурі комплексної терапії БАР збільшує обсяг знань, підсилює впевненість в боротьбі з хворобою та сприяє досягненню непрямих завдань терапії, таких як покращення можливостей в сфері впевненої поведінки, удосконалення комунікативних навиків та навичок повсякденного життя, формування нових стратегій вирішення проблем, підвищення рівня соціальної успішності, таким чином допомагаючи вирішити проблему соціальної реінтеграції хворого.

Ключові слова:
біполярний афективний
розлад, психоосвіта,
психосоціальна
реабілітація.

Актуальність. Соціальні наслідки психічних розладів є серйозною проблемою не тільки для хворих та їхніх близьких, а й для суспільства, держави. Порушення афективної сфери залишаються однією з провідних проблем психіатрії впродовж багатьох десятиліть [2, 5, 6].

Згідно із сучасними уявленнями, біполярний афективний розлад (БАР) є психічним захворюванням, що характеризується зміною полярності афекту, хронічним рецидивуючим перебігом, високою коморбідністю, супроводжується суїцидальною поведінкою, зменшенням тривалості життя, погіршенням соціального функціонування і якості життя пацієнтів та їх родичів [1, 7, 9].

Українські реалії поширеності біполярного афективного розладу та його медико-соціальних наслідків відповідають загальносвітовій тенденції. Сучасні наукові дослідження біполярного афективного розладу присвячені оновленню

концепції психосоціальної реабілітації хворих, їхній соціальної реінтеграції та покращенню якості життя [3, 4, 8, 10].

Вищезазначене свідчить про необхідність розробки та впровадження сучасних методів психосоціальної реабілітації хворих на БАР, невід'ємною складовою якої є психоосвіта.

Мета – розробити принципи та алгоритм проведення психоосвітньої програми у комплексному лікуванні та реабілітації хворих на БАР.

Матеріали та методи дослідження

Проведено комплексне клініко-психопатологічне, клініко-анамнестичне та психодіагностичне обстеження 158 хворих на біполярний афективний розлад обох статей, розроблено та апробовано систему психоосвіти у їх комплексній реабілітації.

Основну групу склали 94 хворих, які отримували регламентовану психофармакотерапію та брали участь у психоосвітній програмі, контрольну групу – 64 хворих, які отримували лише стандартну регламентовану терапію у лікарні.

Результати та їх обговорення

У 23,6 % пацієнтів основної групи був діагностований маніакальний епізод (F31.1), у 44,2 % – депресивний епізод (F31.3, F31.4), у 32,2 % – змішаний епізод (F31.6). У контрольній групі у 22,4 % пацієнтів був діагностований маніакальний епізод (F31.1), у 43,9 % – депресивний епізод (F31.3, F31.4) та у 33,7 % – змішаний епізод (F31.6).

Серед обстежених основної групи 55,6 % складали жінки та 44,4 % – чоловіки, серед пацієнтів контрольної групи ці показники дорівнювали 58,2 % та 41,8 % відповідно.

Вік пацієнтів основної та контрольної груп був у межах від 20 до 65 років. У основній групі переважали особи у віці 41–50 років (35,9 %) та 61–65 років (25,6 %). У контролі більшість пацієнтів належала до вікових категорій 31–40 та 51–60 років (41,8 % та 27,3 %).

Переважає кількість обстежених основної групи мешкали у місті (83,8 %) у задовільних матеріально-побутових умовах; мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,4 %), працювали у сфері розумової праці (60,7 %) та перебували на пенсії (21,4 %). Серед обстежених контрольної групи достовірно переважали міські жителі (85,5 %), які мешкали у задовільних матеріально-побутових умовах (52,7 %); мали вищу (незакінчену вищу) освіту (68,2 %), були працевлаштовані у сфері розумової (43,6 %) або фізичної (44,5 %) праці.

За допомогою спеціально розробленого опитувальника вивчали особливості інформаційного дефіциту, що стосується багатьох питань, пов'язаних з психічними розладами, серед хворих на БАР та їх родичів. Як показали результати дослідження, найважливішою є достовірна інформація про причини виникнення захворювання; про розпізнавання ознак загострення та необхідну у такому разі допомогу; про ліки, які використовуються для лікування БАР, механізми їх дії, можливі побічні ефекти; про юридичні та соціальні аспекти, пов'язані з захворюванням на БАР.

Базуючись на отриманих даних ми розробили систему психоосвітньої роботи. До основних цілей цієї системи ми віднесли наступне.

1. Власне «освіта» шляхом доступного для кожного пацієнта та його родини надання інформації про природу захворювання; важливість медикаментозного лікування і пов'язані з ним питання (дієвість ліків, побічні ефекти, прихильність до терапії); розпізнавання та дії при ранніх ознаках релапсу.

2. Формування у хворих і членів їх родин адекватного уявлення про захворювання.

3. Зниження емоційного напруження, викликаного фактом і проявами психічного захворювання.

4. Зниження у пацієнтів і членів їх родин рівня стигматизації та самостигматизації.

5. Вироблення у хворих та їх родичів комплаєнсу (усвідомленого дотримання приписаного режиму лікування).

6. Корекція спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращення їх комунікативних здібностей.

7. Забезпечення «психосоціальної підтримки», коли група хворих є постійним джерелом підтримки і одночасно терапевтичним середовищем, у якому пацієнти можуть у безпечних умовах відпрацьовувати адекватні навички поведінки, спілкування, копінг-стратегії у складних ситуаціях.

8. Поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

9. Поліпшення якості життя хворого на БАР.

Розроблена нами групова психоосвітня програма складалася з 12 занять та включала в себе використання різноманітних інформаційних модулів, прийомів когнітивно-поведінкової психотерапії, тренінгових взаємодій (позитивного самосприйняття, поліпшення комплаєнсу, формування комунікативних вмінь і навичок, вирішення проблем міжособистісної взаємодії), проблемно-орієнтованих дискусій, а також сімейну психотерапію. Як форма психотерапевтичного втручання також використовувалася групова дискусія. У процесі групової дискусії обговорювали можливі способи подолання власного хворобливого стану, аналізували варіанти адаптивних поведінкових реакцій.

У ході роботи використовували наступні варіанти психоосвітнього втручання: викладання (міні-лекції), емоціональну підтримку, стимуляцію, пораду, роз'яснення, уточнення, об'єктивізацію, інтерпретацію.

Психоосвітня програма складалася з трьох етапів:

I етап – інформаційний – включав роз'яснення хворому особливостей формування БАР, його клінічних проявів, варіантів терапії та механізмів дії медикаментів, мотивування пацієнтів до участі у психоосвітній програмі.

II етап – терапевтичний, був спрямований на формування комплаєнсу, відновлення соціального функціонування пацієнтів за рахунок зміни їх ставлення до хвороби, до свого «я», сприйняття себе як особистості, здатної впоратися з проблемами, що виникають через хворобу; запобігання аутоагресивним тенденціям і зміну звичних патологічних копінг-стратегій.

III етап – заключний, був спрямований на закріплення нових позитивних психосоціальних тенденцій, форм реагування і адаптивних варіантів поведінки в разі декомпенсації стану, закріплення адекватних і конструктивних форм міжособистісної взаємодії шляхом виконання функціональних тренінгів з подальшим обговоренням та аналізом результатів їх виконання.

Групові роботи давали можливість пацієнтам обговорити отриману інформацію з учасниками групи, зіставити її з власним досвідом. Важливе значення мав той факт, що учасники мали змогу отримати важливу інформацію не тільки від лікаря, а й від інших учасників, обмінятися з ними досвідом, разом пошукати шляхи вирішення проблем. Заняття в групі дозволяють підтримати пацієнта на стабільному рівні функціонування, допомагають краще зрозуміти характер і особливості захворювання та його вплив на пацієнта і членів його родини. Не менш значущим результатом групової програми є її сприяння створенню додаткової мережі емоційної підтримки.

Встановлена виражена позитивна динаміка рівня соціального функціонування у хворих основної групи,

яким у традиційний комплекс лікувально-реабілітаційних заходів була включена психоосвіта, що достовірно ($p < 0,05$) перевищує відповідні зміни у контрольній групі. У механізмах дії технологій психоосвіти слід виділити трансформацію копінг-стратегій (активація адаптивних форм подолання, орієнтованих на соціальну підтримку, аналітичний підхід до вирішення проблем), перехід дезадаптивних типів ставлення до хвороби (апатичного, меланхолійного, іпохондричного й тривожного) в адаптивні (гармонійний і ергопатичний) та розвиток особистісного ресурсу за рахунок особистісної реалізації, поліпшення особистісних стосунків і відчуття підтримки близьких, що визначає високий рівень сприйняття якості життя.

У ході роботи була проведена динамічна оцінка якості життя хворих на БАР під впливом психоосвіти (за методикою SF-36). У хворих основної групи достовірно покращилися всі показники якості життя, порівняно з пацієнтами групи контролю.

Висновки

Отримані результати дослідження дозволяють зробити висновок, що розроблена психоосвітня програма в структурі комплексної терапії БАР не тільки збільшує обсяг знань пацієнтів, підсилює їх впевненість у боротьбі з хворобою, а й одночасно з цим дозволяє вирішити непрямі завдання терапії: покращити можливості в сфері впевненої поведінки, удосконалити комунікативні навички та навички повсякденного життя, сформувати нові стратегії вирішення проблем, підвищити рівень соціальної успішності. Таким чином, психоосвіта допомагає вирішити проблему соціальної реінтеграції хворого.

Список використаної літератури

1. Кожина А. М. Современные стратегии в терапии биполярного аффективного расстройства / А. М. Кожина, Л. М. Гайчук // Психичне здоров'я. – 2009. – Т. 3–4 (24–25). – С. 60–62.
2. Марута Н. А. Биполярные расстройства: распространенность, медико-социальные последствия, проблемы диагностики / Н. А. Марута // Нейро News. – 2011. – № 2 (29). – С. 19–24.
3. Марута Н. О. Когнітивні порушення у хворих на біполярний афективний розлад (клініка, діагностика, терапія) / Н. О. Марута, Г. М. Вербенко // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, Вип. 3 (88). – С. 5–10.
4. Очеретяная Н. Биполярное расстройство: клинический обзор / Н. Очеретяная // Здоров'я України. – 2011. – № 4 (19). – С. 36–37.
5. Тахтасова Д. Р. Программа дифференцированной профилактики суицидальной поведінки у хворих з біполярними афективними розладами / Д. Р. Тахтасова // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22, Вип. 1 (78). – С. 91–96.

6. Хаустова Е. А. Современные аспекты диагностики и лечения биполярной депрессии / Е. А. Хаустова, В. Г. Безшейко, А. П. Романов // Нейро News. – 2012. – № 1 (36). – С. 38–42.
7. Чабан О. С. Биполярная депрессия: проблемы диагностики и терапии / О. С. Чабан, Е. А. Хаустова // Нейро News. – 2011. – № 5 (32). – С. 18–22.
8. Trotta A. Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis / A. Trotta, R. M. Murray, J. H. MacCabe // Psychol. Med. – 2015. – Vol. 45, issue 2. – P. 381–394. DOI:10.1017/S0033291714001512.
9. Cognition and functioning in bipolar depression / N. S. Kapczynski, J. C. Narvaez, P. V. Magalhães [et al.] // Rev. Bras. Psiquiatr. – 2016. – Vol. 38, issue 3. – P. 201–206. DOI: 10.1590/1516-4446-2014-1558.
10. Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd) / E. Vieta, J. M. Langosch, M. L. Figueira [et al.] // International Journal of Neuropsychopharmacology. – 2013. – Vol. 16, issue 8. – P. 1719–1732. DOI:10.1017/S1461145713000278.

References

1. Kozhyna, H. M., & Haichuk, L. M. (2009). Sovremennye strategii v terapii bipolar'nogo affektivnogo rasstrojstva [Current strategies in the treatment of bipolar affective disorder]. *Psikhichne zdorov'ia – Mental health*, issue 3–4 (24–25), pp. 60–62. (In Russian).
2. Maruta, N. O. (2011). Bipoljarnye rasstrojstva: rasprostranennost', mediko-social'nye posledstvija, problemy diagnostiki [Bipolar disorder: prevalence, medical and social consequences, problems of diagnosis]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 2 (29), pp. 19–24. (In Russian).
3. Maruta, N. O., & Verbenko, H. M. (2016). Kognityvni porushennia u khvorykh na bipoljarnyi afektyvnyi rozlad (klinika, diahnostryka, terapiia) [Cognitive impairments in patients with bipolar affective disorder (clinical features, diagnosis, therapy)]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 24, issue 3 (88), pp. 5–10. (In Ukrainian).
4. Ocheretiana, N. (2011). Bipoljarnoe rasstrojstvo: klinicheskij obzor [Bipolar Disorder: A Clinical Overview]. *Zdorovia Ukrainy – Ukraine's Health*, no. 4 (19), pp. 36–37. (In Russian).
5. Takhtashova, D. R. (2014). Prohrama dyferentsiovanoi profilaktyky suitsydalnoi povedinky u khvorykh z bipoljarnymy afektyvnymy rozladamy [Program for a differentiated prevention of a suicidal behavior in patients with bipolar affective disorders]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohii – Ukrainian Journal psychoneurology*, vol. 22, issue 1 (78), pp. 91–96. (In Ukrainian).
6. Khaustova, O. O., Bezsheiko, V. H., & Romanov, O. P. (2012). Sovremennye aspekty diagnostiki i lechenija bipoljarnoj depressii [Modern aspects of diagnosis and treatment of bipolar depression]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 1 (36), pp. 38–42. (In Russian).
7. Chaban, O. S., & Khaustova, O. O. (2011). Bipoljarnaja depressija: problemy diagnostiki i terapii [Bipolar depression: problem diagnosis and therapy]. *NeiroNews – NeuroNews*, no. 5 (32), pp. 18–22. (In Russian).
8. Trotta, A., Murray, R. M., & MacCabe, J. H. (2015). Do premorbid and post-onset cognitive functioning differ between schizophrenia and bipolar disorder? A systematic review and meta-analysis. *Psychol. Med.*, vol. 45, issue 2, pp. 381–394. DOI:10.1017/S0033291714001512.
9. Kapczynski, N. S., Narvaez, J. C., Magalhães, P. V., Bucker, J., Peuker, A. C., Loreda, A. C., & Gama, C. S. (2016). Cognition and functioning in bipolar depression. *Rev. Bras. Psiquiatr.*, vol. 38, issue 3, pp. 201–206. DOI:10.1590/1516-4446-2014-1558.
10. Vieta, E., Langosch, J. M., Figueira, M. L., Souery, D., Blasco-Colmenares, E., Medina, E., ... Bellivier, F. (2013). Clinical management and burden of bipolar disorder: results from a multinational longitudinal study (WAVE-bd). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 16, issue 8, pp. 1719–1732. DOI:10.1017/S1461145713000278.

ПРИНЦИПЫ И АЛГОРИТМ ПСИХООБРАЗОВАНИЯ БОЛЬНЫХ БИПОЛЯРНЫМ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

О. Ю. Резуненко

Актуальность. Современные научные исследования биполярного аффективного расстройства (БАР) посвящены обновлению концепции психосоциальной реабилитации больных, их социальной реинтеграции и улучшению качества жизни.

Цель – разработать принципы и алгоритм проведения психообразовательной программы в комплексном лечении и реабилитации больных БАР.

Материалы и методы. Проведено комплексное клинико-психопатологическое, клинико-anamnestическое и психодиагностическое обследование 158 больных БАР обоих полов. Основную группу составили 94 больных, которые получали регламентированную психофармакотерапию и принимали участие в психообразовательной программе; контрольную группу – 64 больных, получавших только стандартную регламентированную терапию.

Результаты. Изучены социально-демографические и клинико-психопатологические особенности обеих групп. Разработана и апробирована система психообразования в комплексной реабилитации больных, включающая в себя использование информационного тренинга, тренинга формирования приверженности к терапии и интерперсонального взаимодействия, тренинга улучшения комплаенса, приемы когнитивно-поведенческой психотерапии, проблемно-ориентированных дискуссий. Проведение психообразовательной программы в комплексном лечении пациентов с БАР способствует выраженной положительной динамике уровня социального функционирования, трансформации копинг-стратегий, переходу дезадаптивных типов отношения к болезни в адаптивные, развитию личностного ресурса, что достоверно ($p < 0,05$) превышает соответствующие изменения в контрольной группе.

Выводы. Разработанная психообразовательная программа в структуре комплексной терапии БАР увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью и способствует достижению косвенных задач терапии, таких как улучшение возможностей в сфере уверенного поведения, совершенствование коммуникативных навыков и навыков повседневной жизни, формирование новых стратегий решения проблем, повышение уровня социальной успешности, таким образом помогая решить проблему социальной реинтеграции больного.

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, психообразование, психосоциальная реабилитация.

PRINCIPLES AND ALGORITHM OF PSYCHOEDUCATION OF PATIENTS WITH BIPOLAR AFFECTIVE DISORDER

O. Yu. Rezunenko

Background. Modern scientific researches of bipolar affective disorder (BAD) is devoted to the renewal of the concept of psychosocial rehabilitation of patients, their social reintegration and improvement of the quality of life.

Objective – to develop the principles and algorithm for conducting a psycho-educational program in the complex treatment and rehabilitation of patients with BAD.

Materials and methods. We conducted a comprehensive clinical-psychopathological, clinical-anamnestic and psychodiagnostic examination of 158 patients with BAD of both sexes. The main group consisted of 94 patients, who received standard psychopharmacotherapy and took part in the psycho-educational program. Control group consisted of 64 patients, who were received only standard psychopharmacotherapy.

Results. We studied sociodemographic and clinical-psychopathological peculiarities of patients of both groups, and then developed and tested the system of psychoeducation in complex rehabilitation of patients. It included the use of information training, training of adherence to therapy and interpersonal interaction, training in improving compliance, methods of cognitive-behavioral psychotherapy, problem-oriented discussions. Carrying out a psychoeducational program in the complex treatment of patients with BAD in the main group promoted a pronounced positive dynamics of the level of social functioning, transformation of coping strategies, the transition of maladaptive types of attitude towards the disease into adaptive ones, the development of a personal resource, which significantly ($p < 0.05$) exceeds the corresponding changes in the control group.

Conclusions. The developed psycho-educational program in the complex therapy of BAD increases the amount of knowledge, strengthens confidence in fighting disease and contributes to the achievement of indirect therapeutic tasks, such as improving opportunities in the field of confident behavior, improving communication skills and skills of daily life, developing new strategies for solving problems, increasing the level of social success, thus helping to solve the problem of social reintegration of the patient.

Keywords: bipolar affective disorder, psychoeducation, psychosocial rehabilitation.

Стаття надійшла до редакції 28.09.2016 р.

РЕЗУНЕНКО Олег Юрійович, здобувач кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Харківського національного медичного університету, лікар-нарколог Харківського медичного центру «Альтернатива», м. Харків, Україна; e-mail: ol84eg@ukr.net

РЕЗУНЕНКО Олег Юрьевич, соискатель кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии Харьковского национального медицинского университета, врач-нарколог Харьковского медицинского центра «Альтернатива», г. Харьков, Украина; e-mail: ol84eg@ukr.net

REZUNENKO Oleg Yuriiovych, competitor of PhD degree of the Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of Kharkiv National Medical University, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ol84eg@ukr.net

М. В. Савіна

**ОБҐРУНТУВАННЯ ЗАСАД ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
ТА ПСИХОПРОФІЛАКТИЧНОЇ ПІДТРИМКИ ЗДОРОВ'Я СІМ'Ї
ЗА НАЯВНОСТІ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК**Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна МОН України, м. Харків
ms@3s.kharkov.ua

Актуальність. Порухнення здоров'я сім'ї має складний ґенез, вивчення якого вимагає системного підходу, так само як його діагностика і корекція. У випадку наявності адиктивної поведінки (АП) у дружини дана проблема набуває особливої специфіки, що потребує її окремого вивчення, для розробки ефективних корекційних стратегій, патогномонічних для даного контингенту.

Мета – обґрунтування загальних засад психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок та визначення ефективності їх впровадження.

Матеріали та методи. За допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків (досліджувана група, ДГ). У 321 ПП виявлені прояви адиктивної поведінки (АП) у дружин. В якості групи порівняння обстежено 50 умовно гармонійних ПП (ГП).

Результати. Визначені провокуючі фактори розвитку порушення здоров'я родини у жінок з різним станом АП. Встановлено, що соціально-прийнятні види АП, притаманні обстеженим, виступають як патологічний спосіб каналізації психоемоційного напруження, що виникає у них внаслідок деформації сімейних стосунків, та знижують рівень подружньої конфліктності й деформації батьківсько-дитячих взаємин. На основі отриманих даних сформульована загальна конфігурація системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок у вигляді алгоритму дій, а також узагальнення цілей та засобів їх досягнення.

Висновки. Визначення ефективності зазначених підходів довело їх результативність в аспекті покращення родинного функціонування та редукції АП у жінок.

Ключові слова: жінки, адиктивна поведінка, порушення здоров'я сім'ї, подружня пара, психологічна корекція, ефективність.

Актуальність. На сьогоднішній день у всьому світі відбувається криза інституту сім'ї [1–3]. Сім'я переживає складний етап у зв'язку з трансформацією ролестатусних позицій подружжя, що в деяких випадках призводить до відсутності прагнення створювати сім'ю або бажання докласти зусилля для її збереження та зміцнення. Інтерес до вивчення цієї тематики, що здавна привертала увагу дослідників, є зрозумілим, адже саме інститут сім'ї є однією з основ будь-якого суспільства. Успішність здоров'я сім'ї складається не тільки з соматичного, психічного і сексуального здоров'я кожного з її членів, а передбачає також адаптацію на всіх рівнях взаємодії [4–6].

Здоров'я сім'ї є складним феноменом, який має багатореакторне забезпечення, воно можливе тільки за умови узгодженої взаємодії подружжя на всіх рівнях – соціальному, психологічному, соціально-психологічному, біологічному. Тому порушення здоров'я сім'ї має складний ґенез, вивчення якого вимагає системного підходу, так само як його діагностика і корекція. Здоров'я сім'ї та його порушення є вельми актуальною медико-психоло-

гічною та соціальною проблемою, яка привертала увагу багатьох дослідників, у їх роботах висвітлені різноманітні причини і поліморфні клінічні прояви цього феномена [7–12]. Однак у випадку наявності адиктивної поведінки (АП) у дружини дана проблема набуває особливої специфіки, що потребує її окремого вивчення для розробки ефективних корекційних стратегій, патогномонічних для вказаного контингенту.

Мета – обґрунтування загальних засад психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок та визначення ефективності їх впровадження.

Матеріали та методи дослідження

Для досягнення поставленої мети на основі інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на клінічних базах кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна МОН України, а також кафедри сексології, медичної психології,

медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти МОЗ України, за допомогою клініко-психологічного та психодіагностичного методів обстежено 371 подружню пару (ПП), які звернулися за допомогою з приводу порушення сімейних стосунків (досліджувана група, ДГ).

В якості групи порівняння обстежено 50 умовно гармонійних ПП (ГП).

У всіх ПП є діти, причому у 58 пар – двоє, у решти – одна дитина.

У роботі використано наступний психодіагностичний інструментарій.

Для оцінки стану подружнього й батьківсько-дитячого рівнів сімейної взаємодії було використано методику вивчення батьківських установок Parental Attitude Research Instrument – PARI [13]. Ця методика складається з 23 шкал, 8 з яких описують відношення до сімейної ролі, тоді як 15 – власне стосунки між батьками та дитиною, що згруповані у три змістовні блоки, а саме – емоційний контакт, емоційна дистанція та надмірна концентрація на дитині. Для поглибленого вивчення внутрішньосімейних процесів застосовували методику Е. Г. Ейдемільера «Аналіз сімейної тривоги» [14].

Вивчення аддиктивного статусу обстежених здійснювали з використанням батареї AUDIT-подібних тестів, розроблених колективом авторів під керівництвом І. В. Лінського [15].

Рівень психосоціального стресу визначали за одноименною шкалою Л. Рідера [16], рівень патологічної тривоги – за шкалою Д. Шихана [17], депресивного реагування – за шкалою Бека [17].

Дослідження індивідуально-психологічного рівня сімейної взаємодії здійснювали з використанням Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) [13]. Особливості поведінкового рівня сімейної взаємодії досліджували з використанням методики психологічної діагностики копінг-поведінки Е. Хейма [18].

Оцінку стану сексуальної функції проводили із застосуванням критеріїв стану сексуального здоров'я та проявів сексуальності, розроблених В. В. Кришталем [6]. Для оцінки ступеня вираженості та синдромального наповнення сексуальних розладів у обстежених був застосований валідизований багатовимірний опитувальник MIEF (R. C. Rosen, 1997) [19]. Для змістовного аналізу стану реалізації сексуальності та її конгруентності в парі визначали Індекс сексуальної збудливості (D. Hurlbert, 1988) [19]. Для визначення впливу соціальних, соціально-психологічних, психологічних і біологічних чинників на особливості сексуальності обстежених використовували метод системно-структурного аналізу. При цьому ми керувалися чотирифакторною системною концепцією сексуального здоров'я, запропонованою В. В. Кришталем [6], згідно з якою воно забезпечується взаємодією біологічних, психологічних, соціально-психологічних і соціальних факторів.

Стан комунікативних процесів вивчали за допомогою методики «Спілкування в сім'ї», розробленої Ю. Є. Альшиною, Л. Я. Гозманом, Е. М. Дубовською на основі результатів досліджень Р. Льюїса і Дж. Спаньєра [20].

Для вивчення особливостей функціонування родини та виконання її функцій кожним з подружньої пари ви-

користували методику, розроблену В. В. Кришталем, І. А. Семенкіною [4], рівень внутрішньосімейної адаптації вивчали за допомогою методики D. H. Sprenkle, B. L. Fisher [21].

Визначення механізмів формування порушення здоров'я родини здійснювали з використанням системно-структурного аналізу даного феномену, розробленого В. В. Кришталем [6].

Для статистичної обробки даних використовували процедури первинної та вторинної (кореляційної та варіаційної) статистики. Метод полягав у проведенні порівняльного дослідження за t-критерієм за традиційною методикою для параметричної статистики й критерієм Вілкоксона – для непараметричної. Також обробку отриманих даних здійснювали за допомогою критерію Стюдента для визначення вірогідності розбіжностей між групами [22]. Математичну обробку результатів проводили на персональному комп'ютері за допомогою прикладного пакета програм «Statistica for Windows. Release 6.0» та електронних таблиць Excel 7.0, а також програми математичної, статистичної обробки.

Результати та їх обговорення

При аналізі результатів вивчення специфіки сімейних стосунків, здійсненого за методикою PARI, за базовим критерієм – шкалою 7 «Подружні конфлікти», серед ПП ДГ було виділено дві підгрупи, ранжовані залежно від глибини і тяжкості подружньої конфліктності, що достовірно відрізнялися між собою та від ГП ($p < 0,05$). У підгрупу з помірною подружньою конфліктністю (1 рівень) увійшли 86,5 % сімей ДГ (ДГ1); з високою подружньою конфліктністю (2-й рівень) – 13,5 % сімей ДГ (ДГ2).

Спираючись на отримані результати щодо наявності в загальній вибірці подружжів з порушенням сімейних стосунків двох нерівномірно представлених груп, ранжованих залежно від рівня подружньої конфліктності, для пошуку можливих критеріїв, що визначають дану диференціацію, ми провели аналіз АП подружжів, результати якого наведені в таблиці 1.

У жінок ГП дослідження адиктивного статусу виявило абсолютну відсутність його напруженості. У жінок ДГ1 було діагностовано ознаки напруженості адиктивного статусу ($p < 0,05$) (в основному на рівні вживання з шкідливими наслідками або небезпечного вживання) за так званими соціально-прийнятними адикціями – поведінковою (надмірне захоплення роботою, шопінгом, переглядом телебачення, інтернетом, читанням, комп'ютерними або азартними іграми, 34,6 %), фізіологічною (надмірне захоплення їжею, фітнесом, вживанням чаю / кави, 32,1 %) або хімічною (вживання алкоголю, тютюну, психостимуляторів, канабіноїдів, седативно-снотворних препаратів, які не досягають рівня залежності, 33,3 %).

У жінок з ДГ2 показники, що характеризували вираженість АП, відповідали нормативним (більше ніж у половини – безпечний рівень вживання / захоплення об'єктом, у решти – вживання зі шкідливими наслідками поведінкових або фізіологічних об'єктів). Однак саме серед цих ПП було виявлено високий – другий – рівень подружньої конфліктності.

Таблиця 1. Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення адиктивним об'єктом або / та вживанням речовини у обстежених подружжів (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення адиктивним об'єктом або / та вживанням речовини					
	жінки			чоловіки		
	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Їжа	15,7	11,0	7,6	7,9	7,1	6,6
Чай, кава	16,2	11,9	7,8	8,6	7,4	6,9
Секс	14,7	7,9	3,1	8,2	6,9	2,5
Робота	15,0	10,1	7,4	8,9	7,3	6,5
Шопінг	17,2	12,6	7,4	9,5	8,5	6,5
Телебачення	17,1	10,3	6,7	9,1	7,6	6,4
Інтернет	15,9	11,3	7,1	8,1	7,8	6,7
Читання	15,5	7,9	6,8	8,2	7,2	6,3
Комп'ютерні ігри	14,3	7,0	2,5	8,3	6,8	2,3
Азартні ігри	8,4	3,7	2,5	7,9	3,4	2,3
Алкоголь	8,3	8,4	6,8	8,2	7,8	6,0
Тютюн	17,1	14,4	12,9	14,1	13,5	11,0
Психостимулятори	3,0	2,8	2,6	2,8	2,7	2,3
Канабіноїди	8,0	7,0	2,8	7,6	6,9	2,3
Седативно-снотворні засоби	13,2	6,3	2,9	7,2	5,9	2,6

Узагальнення результатів дослідження дозволило систематизувати фактори, які визначають стан складових сімейного здоров'я у жінок, та визначити роль цих факторів у розвитку його порушень (табл. 2).

На підставі вивчення сімейних ролей і батьківсько-дитячої взаємодії ми виділили три варіанти розвитку цих параметрів залежно від рівня подружньої конфліктності: високий рівень подружньої конфліктності і непродуктивна стратегія батьківсько-дитячих взаємин; помірно виражена конфліктність і спотворення батьківсько-дитячих взаємин; подружня згуртованість і батьківсько-дитяча адаптація. Перші два варіанти були притаманні сім'ям ДГ, третій – ГП.

Серед сімей ДГ найвищий рівень конфліктності і деформації батьківсько-дитячих відносин був властивий подружжям з порушенням сімейного здоров'я та відсутністю адиктивних проявів у жінок (ДГ2); помірний рівень був виявлений у сім'ях, в яких жінки відрізнялися напруженістю адиктивного статусу за соціально-прийнятими адикціями (ДГ1).

У жінок з адиктивною компрометацією виявлено значний рівень переживань провини, тривожності і напруги, пов'язаних з порушенням сімейних стосунків, не дивлячись на помірний рівень деформації сімейної взаємодії, тоді як у жінок без адиктивних проявів загальне почуття сімейної тривоги, як і переживання її складових (крім нервового напруження), були практично відсутні, на відміну від їхніх чоловіків, у яких виявлено високий рівень сімейної тривоги і переживань з приводу наявних порушень сімейного здоров'я.

У подружжів з порушенням родинних стосунків превалювали негармонійні особистісні риси та дезадаптивні

комбінації їх поєднань, на відміну від гармонійних ПП. Встановлені особистісні властивості типологізовані нами у три кластери індивідуально-психологічних патернів, що мали різне наповнення та прояви. У гармонійних парах мав місце адаптивний варіант поєднання особистісних рис. У подружжів з порушенням родинних стосунків встановлено два варіанти дезадаптивних комбінацій особистісних рис: деструктивно-конгруентний та дезінтеграційний. Деструктивно-конгруентний виявився характерним для сімей, в яких жінки не мали адиктивних проблем (ДГ2), дезінтеграційний – для родин жінок з АП, незалежно від його типу.

У подружжів з порушенням родинних стосунків мало місце превалювання неадаптивних стратегій подолання, незалежно від стану АП у жінок. Однак у жінок з проблемних родин виявлено якісні розбіжності змістовних типів поєднань і комбінацій копінг-стратегій різних рівнів. Так, жінкам з АП були притаманні когнітивно-безпорадний, адиктивно-унікаючий і залежно-псевдокомпенсаційний типи реагування, в структурі яких АП набула ролі додаткового деформованого допінгу; жінкам з некомпрометованим адиктивним статусом – когнітивно-некритичний, деструктивно-конфліктний і емоційно-дезадаптивний типи реагування, які мали виражений деструктивний вплив на процес опанування ними стресових ситуацій.

Для ПП ДГ1 були характерними відносні, а для ПП ДГ2 – виражені порушення сексуальної взаємодії. У ПП, в яких у жінки встановлена АП, у генезі порушення сексуальної взаємодії стрижневим виявилось ураження психологічного його компонента у обох з подружжя, а наявність проявів АП й викривлення психоемоційної сфери у дружини – лише патопластичним фактором ($p < 0,05$). У механізмах розвитку порушення сексуальної взаємодії у ДГ2 стрижневими були ураження психологічного та соціально-психологічного компонентів, інші мали патопластичний вплив на формування деформації сексуальної взаємодії ($p < 0,05$). З огляду на те, що вираженість деструктивного впливу порушення психологічного компонента сексуальної взаємодії, як стрижневого ураження, мало більш виражений характер у подружжів ДГ2, ніж у ДГ1 ($p < 0,05$), можна припустити наявність пом'якшувальної дії АП на вираженість деформації подружніх стосунків та сексуальної взаємодії за рахунок її псевдокомпенсаційного змісту.

У ПП ДГ2 з високим рівнем подружньої конфліктності встановлено низький рівень родинної комунікації та тяжкий ступінь порушення сімейної взаємодії. Для подружжів ДГ1 були характерними помірний рівень подружньої конфліктності та низько-середній рівень родинних комунікаційних процесів, що, в цілому, формувало середній ступінь порушення сімейної взаємодії. Показовим виявився факт «буферизації» тяжкості проявів порушень сімейної взаємодії за умови наявності АП у дружини як патологічного способу псевдокомпенсації та каналізації негативних ефектів викривлення родинних стосунків.

Для ПП ДГ1 притаманними виявилися дисконгруентна взаємна оцінка сімейного функціонування з його порушенням на рівні середньої вираженості та помірне зниження внутрішньосімейної адаптації з превалюванням неузгодженого типу шлюбу. На відміну від них, у ПП

Таблиця 2. Фактори, які впливають вплив на стан сімейного здоров'я у жінок

Фактори, що визначають стан сімейного здоров'я	ДГ1, n=321	ДГ2, n=50	ГП, n=50
Прояви АП	Напруженість адиктивного статусу за соціально-прийнятими видами АП	Немає	Немає
Психоемоційний стан, сімейна тривога	Виразене стресове тривожно-депресивне реагування	Ознаки стресового тривожно-депресивного реагування	Нормативний
Рівень подружньої конфліктності	Помірний	Високий	Низький
Викривлення батьківсько-дитячої взаємодії	Помірне	Виразене	Немає
Рівень сімейної тривоги й почуття провини	Високі	Низькі	Низькі
Індивідуально-психологічні патерни, що визначають стан інтрапсихічної взаємодії	Дезінтеграційний	Деструктивно-конфліктний	Адаптивний
Типи реагування, що визначають стан поведінкової взаємодії	Когнітивно-безпорадний	Когнітивно-некритичний	Когнітивно-усвідомлений
	Адиктивно-уникаючий	Емоційно-дезадаптивний	Емоційно-рішучий
	Залежно-псевдокомпенсаційний	Деструктивно-конфліктний	Поведінково-діяльнісний
Стан сексуальної взаємодії	Відносно порушення зі стрижневим ураженням психологічного компонента	Виразене порушення зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного компонентів	Гармонійна
Стан комунікаційних родинних процесів	Деадаптивний		Адекватно-адаптивний
	Низько-середній рівень	Низький рівень	
Стан сімейної взаємодії (функціонування)	Середній ступінь порушення	Тяжкий ступінь порушення	Гармонійний
Тип внутрішньосімейної адаптації	Неузгоджений / дезадаптивний	Деадаптивний / неузгоджений	Адаптивний / відносно адаптивний
Клінічний варіант порушення здоров'я сім'ї	Аддиктивно-псевдокомпенсаційний	Напружено-деструктивний	—

ДГ2 встановлена патологічна конгруентність невиконання обома з подружжя родинних функцій, з порушенням сімейного функціонування високого рівня вираженості, та значне зниження внутрішньосімейної адаптації з формуванням дезадаптивного типу шлюбу. Родини ГП продемонстрували успішність сімейного функціонування та високу внутрішньосімейну адаптацію з адаптованим типом шлюбу.

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дали змогу виділити два варіанти порушення здоров'я сім'ї залежно від наявності / відсутності у жінок соціально-прийнятних форм АП.

При першому, *напружено-деструктивному*, варіанті, що спостерігався у подружжів ДГ2, мали місце патологічно-конгруентне суцільне порушення становлення родини на усіх стадіях і етапах її розвитку, зі стрижневим ураженням психологічного і соціально-психологічного й патоластичним ураженням соціального компонентів, та обтяженням у вигляді порушення психічної складової біологічного компонента здоров'я сім'ї, яке підтримувало й посилювало наявний дистрес. Взаємодія зазначених чинників за принципом «порочного кола» індукувала взаємний розвиток, створюючи тим самим ланцюг негативних взаємопотенціюючих впливів.

Для другого, *адиктивно-псевдокомпенсаційного*, варіанта (подружжя ДГ1) було характерним одновекторно-неузгоджене мозаїчне порушення становлення

сімейних процесів зі стрижневим ураженням психологічного компонента родинного здоров'я, патоластичною дією соціально-психологічного і соціального компонентів та порушенням психічної складової біологічного компонента у вигляді АП у жінки, яке, на відміну від напружено-деструктивного варіанта, ставало патологічним способом псевдокомпенсації та нівелювання психоемоційного напруження, що виникало внаслідок відсутності взаємного бажання порозумітися, взаємної любові, глибоких емоційних зв'язків, невідповідності спрямованості особистості і рольових позицій, невідповідності рівня домагань, а також невідповідності чоловіка бажаному образу в уявленні жінки, які формувались за рахунок ураження психологічного компонента взаємодії, та виконувала буферні функції стосовно рівня його вираженості.

Наявні результати переконливо свідчать, що порушення здоров'я сім'ї за умови наявності АП у жінок є самостійним клініко-психологічним феноменом, який потребує специфічних підходів до психотерапії та психопрофілактики.

Спираючись на отримані дані ми сформулювали загальну конфігурацію системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок у вигляді алгоритму дій (рис. 1) та узагальнили цілі та засоби їх досягнення (табл. 3).

Таблиця 3. Цілі і засоби системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності соціально-прийнятних форм АП у жінок

Мета	Спосіб досягнення
Нормалізація психоемоційного стану	Групово патогенетична психотерапія; когнітивно-поведінкова психотерапія (КПТ); (за необхідності та за згодою – призначення психіатром фармакотерапії)
Профілактика прогресування АП	Раціональна психотерапія
Корекція патологічних індивідуально-психологічних патернів	Особистісно-орієнтована персоналістична психотерапія, КПТ, екзистенційна психотерапія
Корекція патологічних поведінкових патернів	КПТ
Оптимізація сексуальної взаємодії	Парна сексуальна терапія
Зниження рівня подружньої конфліктності, нормалізація подружньої взаємодії	КПТ, сімейна психотерапія
Формування адекватних дитячо-батьківських взаємин	КПТ, сімейна, групово, арт-терапія
Відновлення адекватного рівня сімейного функціонування й внутрішньосімейної адаптації	КПТ, сімейна, гештальт-терапія

На етапі втілення в клінічну практику даної системи медико-психологічних заходів обстежені ДГ1 були поділені нами на терапевтичну й контрольну групи.

Терапевтична досліджувана група (ТГ) – група, в якій проводили заходи системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з АП, – складала 162 ПП. Контрольна група (КГ) – група, в якій не проводили розробле-

них заходів, складалась з 159 ПП. Замір ефективності проводили через півроку від початку терапевтичної роботи.

Результати розподілу діагностованих симптомів депресії у жінок ТГ та КГ за вираженістю відображено у таблиці 4.

З представлених у таблиці 4 даних видно, що виявлені депресивні симптоми у жінок ТГ розподілилися у рамках легкого та помірного ступенів вираженості. У свою чергу, у КГ симптоми розподілилися наступним чином. Виразений ступінь – серед афективних проявів виявлено відповідно: настрій 22,6 %, відчуття неспроможності 22,6 %, незадоволеність 26,4 %, роздратованість 26,4 %, порушення соціальних зв'язків 22,6 %, нерішучість 26,4 %, образ тіла 26,4 % ($p \leq 0,001$). Тяжкий ступінь – серед афективних проявів виявлено, відповідно: настрій – 13,2 %, відчуття, що буду покараний – 7,5 %, порушення соціальних зв'язків – 10,9 %, слізливість – 9,4 %, дратівливість – 7,5 %, втомлюваність – 11,3 %, втрата ваги – 7,5 % ($p \leq 0,001$).

Загалом за допомогою статистичного аналізу встановлено достовірний взаємозв'язок між зменшенням ступеня вираженості симптому депресії та його руйнівної дією на психологічний комфорт й появу незадоволеності у взаємовідносинах у родинах жінок та чоловіків ТГ ($p \leq 0,001$). Треба зазначити, що тяжкого та вираженого ступенів проявів симптомів депресії у жінок ТГ не виявлено, що свідчить про дієвість та ефективність розробленої нами системи психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї у жінок з АП.

Легкий та помірний ступені депресії у жінок мали свої особливості ($p \leq 0,001$). Аналізуючи виявлені симптоми за ступенем виразності можна стверджувати про змен-

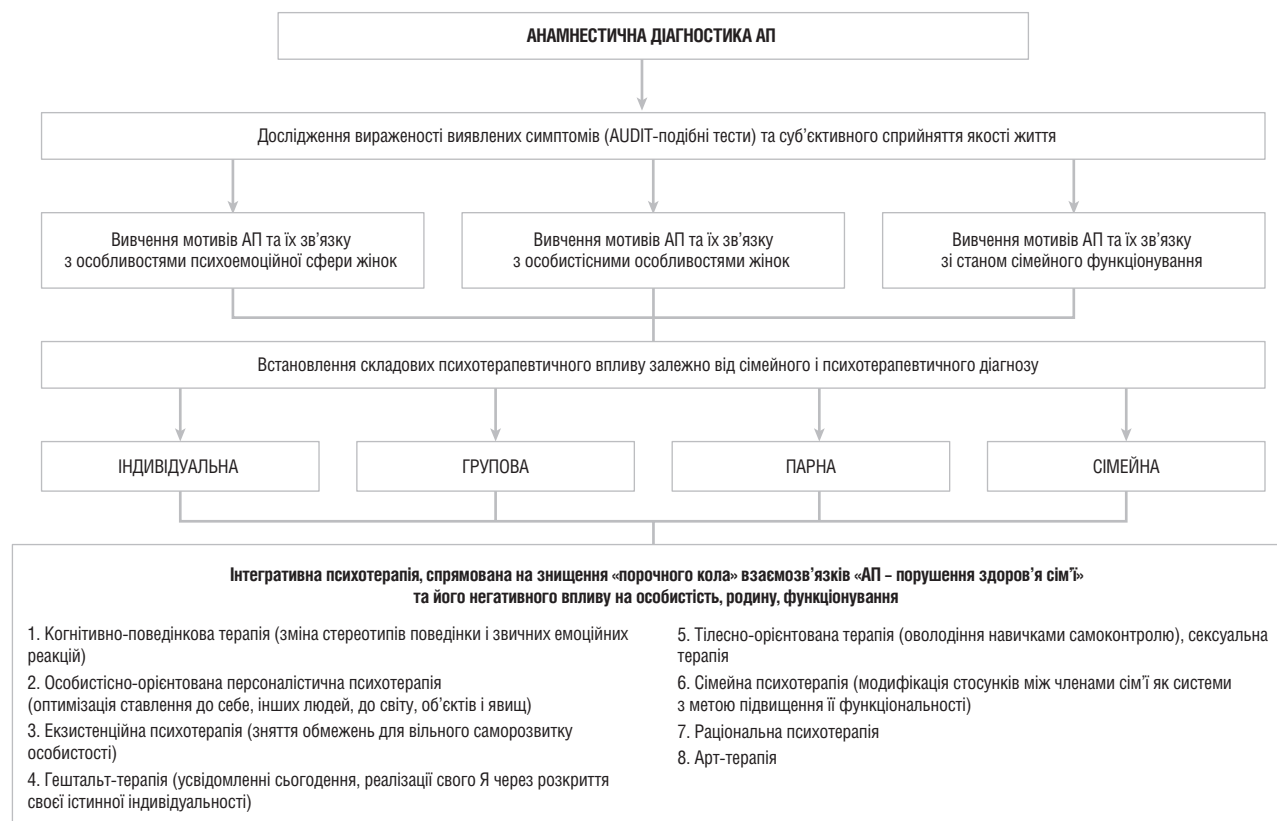


Рис. 1. Загальний алгоритм психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок

Таблиця 4. Порівняльний аналіз розподілу наявних симптомів депресії за ступенем вираженості (шкала Бека) у жінок ТД та КГ

Симптом	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0–9 балів)		1 (10–15 балів)		2 (16–19 балів)		3 (20–29 балів)		4 (30–63 бали)	
	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %
Когнітивна афективна субшкала										
Настрій	57,4	13,2	29,6	22,6	13,0	28,3	–	22,6	–	13,2
Песимізм	59,3	13,2	31,5	24,5	9,3	30,2	–	24,5	–	7,5
Відчуття неспроможності	61,1	15,1	27,8	26,4	11,1	32,1	–	22,6	–	3,8
Незадоволеність	57,4	11,3	29,6	28,3	13,0	30,2	–	26,4	–	3,8
Почуття провини	59,3	13,2	33,3	22,6	7,4	32,1	–	28,3	–	3,8
Відчуття, що буду покараний	61,1	11,3	31,5	24,5	7,4	34,0	–	22,6	–	7,5
Відраза до самого себе	57,4	14,5	27,8	21,8	14,8	29,1	–	23,6	–	10,9
Ідеї самозвинувачення	55,6	13,2	29,6	22,6	14,8	32,1	–	26,4	–	5,7
Суїцидальні думки	53,7	11,3	31,5	26,4	14,8	30,2	–	28,3	–	3,8
Слізливість	51,9	15,1	33,3	24,5	14,8	26,4	–	24,5	–	9,4
Дратівливість	59,3	13,2	37,0	24,5	3,7	28,3	–	26,4	–	7,5
Порушення соціальних зв'язків	59,3	15,1	35,2	24,5	5,6	34,0	–	22,6	–	3,8
Нерішучість	61,1	13,2	31,5	28,3	7,4	28,3	–	26,4	–	3,8
Субшкала соматизації										
Образ тіла	59,3	15,1	33,3	22,6	7,4	30,2	–	26,4	–	5,7
Втрата працездатності	59,3	13,2	29,6	22,6	11,1	32,1	–	28,3	–	3,8
Порушення сну	63,0	15,1	24,1	24,5	13,0	26,4	–	26,4	–	7,5
Стомлюваність	57,4	13,2	29,6	26,4	13,0	24,5	–	24,5	–	11,3
Втрата апетиту	79,6	18,9	13,0	26,4	7,4	24,5	–	22,6	–	7,5
Втрата ваги	81,5	22,6	11,1	22,6	7,4	24,5	–	22,6	–	7,5
Захопленість почуттям власного тіла	59,3	24,5	29,6	24,5	11,1	24,5	–	20,8	–	5,7
Втрата лібідо	63,0	20,8	31,5	24,5	5,6	24,5	–	22,6	–	7,5

Примітка. Достовірність розбіжностей показників за шкалами у групах $p \leq 0,001$.

шення палітри психопатологічних проявів за кількістю й вираженістю діагностованих симптомів. Загалом вони не досягали клінічного рівня депресії, були переважно ситуаційними та не відповідали клінічним ознакам депресивних розладів відповідно МКХ-10. На відміну від них, у жінок КГ виявлено тяжкий та виражений ступінь проявів симптомів депресії за усіма показниками ($p \leq 0,001$).

Результати **розподілу діагностованих симптомів депресії у чоловіків ТГ та КГ за вираженістю** відображено у таблиці 5.

Порівнюючи наведені у таблиці 5 дані можна узагальнити наступне: у чоловіків ТГ, на відміну чоловіків КГ, не виявлено помірного ступеня симптомів, що свідчило про позитивне прийняття та переробку чоловіками тих змін у родині та власній особистості, які відбувалися у жінки під впливом психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки порушення здоров'я сім'ї. Загалом можна зазначити, що у ПП ТГ, порівняно із ПП КГ, відбулося зменшення усіх симптомів депресії як у жінок, так і у чоловіків, вони суб'єктивно відмічали значне поліпшення власного психоемоційного стану.

Вивчення вираженості тривожного реагування (за допомогою шкали Шихана), виявило схожу тенденцію

(табл. 6). Загалом високий рівень тривоги спостерігався у 7,4 % жінок ТГ, у чоловіків високого рівня не виявлено ($p \leq 0,001$). Помірний рівень тривоги спостерігався у 27,8 % жінок та у 26,4 % чоловіків ($p \leq 0,001$). Низький рівень тривоги спостерігався у 64,8 % жінок та у 73,6 % чоловіків ($p \leq 0,001$). У КГ в цілому високий рівень тривоги спостерігався у 61,1 % жінок та у 30,2 % чоловіків ($p \leq 0,001$), помірний – у 25,9 % жінок та у 18,9 % чоловіків ($p \leq 0,001$), низький – у 13,0 % жінок та у 50,9 % чоловіків ($p \leq 0,001$).

Дослідження стану внутрішньосімейної адаптації довело її позитивну динаміку серед ПП ТГ, на відміну від КГ (табл. 7).

До початку психокорекційної роботи серед загальної кількості ДГ1 у 83,2 % ПП був діагностований неузгоджений тип шлюбу, а у 16,8 % – дезадаптивний тип, з них в ТГ неузгоджений тип мав місце у 83,3 %, в КГ – у 83,0 %, дезадаптивний, відповідно, у 16,7 % ТГ і 17,0 % КГ. Через півроку психокорекційної роботи серед ТГ дезадаптивних ПП не було; неузгоджений тип встановлено у 21,0 %, відносно адаптований – у 59,9 % ПП, адаптований тип шлюбу – у 19,1 %. У КГ спостерігалась зворотна динаміка: неузгоджений тип був притаманний 62,9 %, у інших 30,8 % встановлено дезадаптивний тип шлюбу.

Таблиця 5. Порівняльний аналіз розподілу наявних симптомів депресії за ступенем вираженості (шкала Бека) у чоловіків ТД та КГ

Симптом	Ступінь вираженості симптомів									
	0 (0-9 балів)		1 (10-15 балів)		2 (16-19 балів)		3 (20-29 балів)		4 (30-63 бала)	
	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %	ТГ, %	КГ, %
Когнітивна афективна субшкала										
Настрій	83,3	52,8	16,7	24,5	–	22,6	–	–	–	–
Песимізм	85,2	54,7	14,8	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Відчуття неспроможності	79,6	56,6	20,4	22,6	–	20,8	–	–	–	–
Незадоволеність	83,3	58,5	16,7	26,4	–	15,1	–	–	–	–
Почуття провини	81,5	60,4	18,5	22,6	–	17,0	–	–	–	–
Відчуття, що буду покараний	83,3	58,5	16,7	24,5	–	17,0	–	–	–	–
Відраза до самого себе	81,5	58,2	18,5	25,5	–	16,4	–	–	–	–
Ідеї самозвинувачення	79,6	56,6	20,4	28,3	–	15,1	–	–	–	–
Суїцидальні думки	85,2	56,6	14,8	24,5	–	18,9	–	–	–	–
Слізливість	83,3	58,5	16,7	26,4	–	15,1	–	–	–	–
Дратівливість	81,5	52,8	18,5	24,5	–	22,6	–	–	–	–
Порушення соціальних зв'язків	83,3	54,7	16,7	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Нерішучість	79,6	54,7	20,4	28,3	–	17,0	–	–	–	–
Субшкала соматизації										
Образ тіла	81,5	52,8	18,5	26,4	–	20,8	–	–	–	–
Втрата працездатності	83,3	54,7	16,7	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Порушення сну	85,2	56,6	14,8	28,3	–	15,1	–	–	–	–
Втомлюваність	87,0	58,5	13,0	28,3	–	13,2	–	–	–	–
Втрата апетиту	83,3	56,6	16,7	26,4	–	17,0	–	–	–	–
Втрата ваги	83,3	56,6	16,7	24,5	–	18,9	–	–	–	–
Захопленість почуттям власного тіла	85,2	54,7	14,8	26,4	–	18,9	–	–	–	–
Втрата лібідо	85,2	52,8	14,8	28,3	–	18,9	–	–	–	–

Примітка. Достовірність розбіжностей показників за шкалами у групах $p \leq 0,001$.

Таблиця 6. Розподіл досліджених жінок та чоловіків ТГ та КГ за рівнем тривоги (шкала Шихана)

Рівень тривоги	Жінки				Чоловіки			
	ТГ, n=162		КГ, n=159		ТГ, n=162		КГ, n=159	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Низький (<30 балів)	105	64,8	21	13,0	117	73,6	81	50,9
Помірний (30 – 79 балів)	45	27,8	42	25,9	42	26,4	30	18,9
Високий (>80 балів)	12	7,4	99	61,1	–	–	48	30,2

Таблиця 7. Динаміка типів внутрішньосімейної адаптації у обстежених родин, %±m

Тип шлюбу	До психокорекції		Після психокорекції	
	ТГ, n=162	КГ, n=159	ТГ, n=162	КГ, n=159
Адаптований	–	–	19,1±3,9	–
Відносно адаптований	–	–	59,9±4,9	–
Неузгоджений	83,3±3,7	83,0±3,8	21,0±4,1	62,9±4,8
Деадаптивний	16,7±3,7	17,0±3,8	–	30,8±4,8

Вважаючи доведеною гіпотезу стосовно вторинності формування АП у жінок як патологічного способу псевдокомпенсації негативного впливу порушення сімейного здоров'я, в розроблену систему психологічної корекції не включали окремі заходи, спрямовані на редукцію та нівелювання АП у жінок, крім прийомів раціональної психотерапії. Дослідивши напруженість адиктивного статусу жінок після участі в психокорекційних заходах ми отримали переконливі дані, які ще раз підтвердили отримані нами результати. Порівняльний аналіз усереднених показників захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у досліджених групах жінок ТГ та КГ, представлений у таблиці 8, дозволив виділити достовірно нижчі показники вираженості захоплення адиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у жінок ТГ, порівняно із жінками КГ ($p \leq 0,001$).

Висновки

Отримані результати доводять ефективність розробленої системи психологічної корекції і психопрофілактичної підтримки здоров'я сім'ї за наявності АП у жінок, як у напрямку оптимізації внутрішньосімейної адаптації та родинної взаємодії, так і редукції АП у жінок.

Таблиця 8. Порівняльна характеристика усереднених показників захоплення аддиктивним об'єктом або / та уживанням речовини у жінок ТГ та КГ (батарея AUDIT-подібних тестів, середній бал)

Об'єкт залежності	Усереднені показники захоплення аддиктивним об'єктом або / та уживанням речовини	
	ТГ, n=162	КГ, n=159
Їжа	7,4*	14,1
Чай, кава	7,7*	14,6
Секс	7,1*	13,5
Робота	8,0*	13,9
Шопінг	8,8*	16,2
Телебачення	8,5*	15,6
Інтернет	7,9*	14,5
Читання	6,1*	14,5
Комп'ютерні ігри	7,3*	13,9
Азартні ігри	7,3	7,8
Алкоголь	7,6	7,7
Тютюн	8,1*	15,9
Психостимулятори	3,4	3,2
Канабіноїди	3,0*	7,6
Седативно-снотворні засоби	3,1*	12,3

Примітка. * Достовірність розбіжностей міжгрупових показників дорівнювала $p \leq 0,01$.

Список використаної літератури

- Маркова М. В. Загальний погляд на проблему формування та функціонування сім'ї / М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила // Український вісник психоневрології. – 2009. – Т. 17, вип. 1 (58). – С. 89–92.
- Маркова М. В. До проблеми трансформації інституту сім'ї / М. В. Маркова // Міжнародний психіатричний, психотерапевтичний та психоаналітичний журнал. – 2007. – № 1. – С. 91–94.
- Маркова М. В. Криза інституту сім'ї як "дзеркало" загальної трансформації суспільства / М. В. Маркова // Актуальні питання медичної психології та психотерапії. Матеріали науково-практичної конференції, присвяченої 45-річчю кафедри психотерапії Харківської медичної академії післядипломної освіти. – Харків – Ялта, 2007. – С. 27–28.
- Кришталь В. В. Системний підхід к діагностикі, психотерапії та психопрофілактиці порушення здоров'я сім'ї / В. В. Кришталь, І. А. Семенкина // Международный медицинский журнал. – 2000. – Т. 6, № 1. – С. 11–15.
- Кришталь В. В. Системная семейная психотерапия нарушений здоровья семьи / В. В. Кришталь, О. В. Носкова, Н. Е. Веремьев // Медицинская психология. – 2007. – Т. 2, № 2 (6). – С. 51–55.
- Кришталь В. В. Сексология : навчальний посібник: в 4-х ч. / В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь. – Харків : Фоліо, 2008. – 990 с.
- Агарков С. Т. Супружеская дезадаптация / С. Т. Агарков. – М. : Едиториал УРСС, 2004. – 256 с.
- Агишева Н. К. Психологическая несовместимость и конфликтологическая некомпетентность в супружеской жизни / Н. К. Агишева // Междунар. мед. журнал. – 2007. – № 4, Т. 13. – С. 6–9.
- Білобровка Р. І. Порушення сексуального здоров'я та функціонування сім'ї при афективних розладах у чоловіків (медико-психологічні аспекти) : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 19.00.04 «Медична психологія» / Р. І. Білобровка. – Харків, 2011. – 31 с.
- Каденко О. А. Супружеская дезадаптация и внебрачные сексуальные связи : монография / О. А. Каденко. – Хмельницкий : ХНУ, 2006. – 239 с.
- Семёнкина И. А. Супружеская дезадаптация при нарушении функций семьи и ее психологическая коррекция : дис. на соискание уч. степени канд. психол. наук : спец. 19.00.04 «Медицинская психология» / И. А. Семёнкина. – Харьков, 2001. – 278 с.
- Скрипніков А. М. Порушення сексуального здоров'я подружжя і функціонування сім'ї при розладах особистості у чоловіка і їх психотерапевтична корекція : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д-ра мед. наук : спец. 14.01.16 «Психіатрія» / А. М. Скрипніков. – Харків, 2001. – 35 с.
- Райгородский Д. Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Д. Я. Райгородский. – Самара : Изд. дом «Бахрах-М», 2016. – 672 с.
- Системная семейная психотерапия / под ред. Э. Г. Эйдемиллера. – Москва – Харьков – Минск : Питер, 2002. – С. 83–95.
- Аддиктивный статус и метод его комплексной оценки при помощи системы AUDIT-подобных тестов / [Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф. и др.] // Психическое здоровье. – 2010. – № 6 (49). – С. 33–45.
- Оцінка психосоціальних чинників ризику розвитку хвороб системи кровообігу у пацієнтів первинної ланки медико-санітарної допомоги (методичні рекомендації) / В. М. Корнацький, М. В. Маркова. – Київ, 2007. – 14 с.
- Психологические тесты / под ред. А. А. Карелина: В 2 т. – М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2002. – Т. 1. – С. 25–29.
- Карвасарский Б. Д. Клиническая психология / Б. Д. Карвасарский, М. Пере ; под ред. Б. Д. Карвасарского. – [2-е изд.]. – СПб. : Питер, 2007. – 960 с.
- Доморацкий В. А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств / В. А. Доморацкий. – М. : Академический Проект; Культура, 2009. – 470 с.
- Алешина Ю. Е. Социально-психологические методы исследования супружеских отношений (Спецпрактикум по социальной психологии) / Ю. Е. Алешина, Л. Я. Гозман, Е. М. Дубовская. – М. : Издательство Московского университета, 1987. – 120 с.
- Кочарян Г. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов / Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян. – М. : Медицина, 1994. – 224 с.
- Лапач С. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Экспериментальные исследования. Клинические испытания. Анализ фармацевтического рынка / С. Н. Лапач, А. В. Чубенко, П. Н. Бабич. – 2-е изд., перераб. и доп. – К. : Морион, 2001. – 408 с.
- Критерий качества жизни в психиатрической практике / Н. А. Марута, Т. В. Панько, И. А. Явдак [и др.]. – Х. : РИФ АРСИС, ЛТД, 2004. – 239 с.

References

- Markova, M. V., & Vetryla, T. G. (2009). Zahalny pohliad na problemu formuvannia ta funktsionuvannia sim'i [General view to the problem of forming and functioning of family]. *Ukrains'kyi visnyk psykhonevrolohiï – Ukrainian Journal Psychoneurology*, vol. 17, issue 1 (58), pp. 89–92. (In Ukrainian).
- Markova, M. V. (2007). Do problemy transformatsii instytutu sim'i [The problem of transformation of the family]. *Mizhnarodnyi psykhiatrychnyi, psykhoterapevtychnyi ta psykhoanalitichnyi zhurnal – International psychiatric, psychotherapeutic and psychoanalytic journal*, no. 1, pp. 91–94. (In Ukrainian).
- Markova, M. V. (2007). Kryza instytutu sim'i yak "dzerkalo" zahalnoi transformatsii suspilstva [The crisis of the family as a "mirror" of total transformation of society]. *Aktualni pytannia medychnoi psykhologii ta psykhoterapii: materialy naukovopraktychnoi konferentsii, prysviachenoï 45-richchiu kafedry psykhoterapii Kharkivskoi medychnoi akademii pisladyplomnoi osvity* [Current issues of medical psychology and psychotherapy: proc. of the conference on the 45th anniversary of the Department of psychotherapy of Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education]. Kharkiv & Yalta, pp. 27–28. (In Ukrainian).
- Kryshtal, V. V., & Semjonkina, I. A. (2000). Sistemnyi podhod k diagnostike, psihoterapii i psihoprofilaktike narusheniia zdorov'ja sem'i [System approach to diagnosis, psychotherapy and psycho-prophylaxis of family health disorders]. *Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal – International Medical Journal*, vol. 6, no. 1, pp. 11–15. (In Russian).
- Kryshtal, V. V., Noskova, O. V., & Veremiov, N. E. (2007). Sistemnaja semejnaia psihoterapija narusheniia zdorov'ja sem'i [Systemic family psychotherapy for family health disorders]. *Medychna Psykhologhiia – Medical Psychology*, vol 2, no. 2 (6), pp. 51–55. (In Russian).
- Kryshtal, V. V., Kryshtal, Ye. V., & Kryshtal, T. V. (2008). Seksologhiia [Sexology]. Kharkiv: Folio, 990 p. (In Ukrainian).
- Agarkov, S. T. (2004). *Supruzheskaja dezadaptacija* [Marital disadaptation]. Moscow: Editorial URSS, 256 p. (In Russian).
- Agisheva, N. K. (2007). Psihologicheskaja nesovmestimost' i konfliktologicheskaja nekompetentnost' v supruzheskoj zhizni [Psychological incompatibility and conflict incompetence in married life]. *Mezhdunarodnyi meditsinskii zhurnal – International Medical Journal*, vol. 13, no. 4, pp. 6–9. (In Russian).
- Bilobryvka, R. I. (2011). Porushennia seksualnoho zdorov'ia ta funktsionuvannia sim'i pry afektyvnykh rozlakh u choloivikiv (medyko-psykhologichni aspekty) [The internal picture of marital disharmony with true mental and sexual disorders in men and its psychotherapeutic correction]. Extended abstract of Doctor's thesis, Kharkiv, 31 p. (In Ukrainian).
- Kadenko, O. A. (2006). *Supruzheskaja dezadaptacija i vnebrachnye seksualnye svyazi* [Marital disadaptation and extramarital sexual relations]. Khmelnytskyi: KhNU, 239 p. (In Russian).
- Semjonkina, I. A. (2001). *Supruzheskaja dezadaptacija pri narushenii funktsii sem'i i ee psihologicheskaja korektsija* [Marital disadaptation in case of violation of family functions and its psychological correction]. Candidate's thesis, Kharkiv, 278 p. (In Russian).
- Skrypnykov, A. M. (2001). Porushennia seksualnoho zdorov'ia podruzzhzia i funktsionuvannia sim'i pry rozlakh osobystosti u choloivika i yikh psykhoterapevtychna korektsiia [Violation of the sexual health of marriage and family functioning, where husband has personality disorders and their

- psychotherapeutic correction]. Extended abstract of Doctor's thesis, Kharkiv, 35 p. (In Ukrainian).
13. Rajgorodskij, D. Ja. (2016). *Prakticheskaja psihodiagnostika. Metodiki i testy* [Practical psychodiagnosics. Methods and tests]. Samara: Bahrah-M, 672 p. (In Russian).
 14. Jejdemiller, Je. G. (Ed.). (2002). *Sistemnaja semejnaja psihoterapija* [Systemic family psychotherapy]. Moscow, Kharkiv, Minsk: Piter, pp. 83–95. (In Russian).
 15. Linskij, I. V., Minko, A. I., Artemchuk, A. F., Grinevich, E. G., Markova, M. V., Musienko, G. A., ... Vyglažova, O. V. (2010). Addiktivnyj status i metod ego kompleksnoj ocenki pri pomoshhi sistemy AUDIT-podobnyh testov [Addictive status and method of its comprehensive assessment using the AUDIT-like system tests]. *Psihicheskoe zdorov'e – Mental health*, no. 6 (49), pp. 33–45. (In Russian).
 16. Kornatskyi, V. M., & Markova, M. V. (2007). *Otsinka psykosotsialnykh chynnykiv ryzyku rozvytku khvorob systemy krovoobihu u patsientiv pervynnoi lanky medyko-sanitarnoi dopomohy* [Assessment of psychosocial risk factors for cardiovascular diseases in patients in primary health care]. Kyiv, 14 p. (In Ukrainian).
 17. Karelina, A. A. (Ed.). (2002). *Psihologicheskie testy* [Psychological tests]. (Vol. 1, pp. 25–29). Moscow: Gumanit. Izd. Centr VLADOS. (In Russian).
 18. Karvasarskij, B. D., & Pere, M. (2011). *Klinicheskaja psihologija* [Clinical psychology]. B. D. Karvasarskij (Ed.). (2nd ed.). Saint Petersburg, Piter, 960 p. (In Russian).
 19. Domorackij, V. A. (2009). *Medicinskaja seksologija i psihoterapija seksual'nyh rasstrojstv* [Medical Sexology and Psychotherapy of Sexual Disorders]. Moscow: Akademicheskij Proekt; Kul'tura, 470 p. (In Russian).
 20. Aleshina, Ju. E., Gozman, L. Ja., & Dubovskaja, E. M. (1987). *Social'no-psihologicheskie metody issledovanija supružeskih odnoszenij* [Socio-psychological methods of studying marital relatio]. Moscow: Izdatel'ctvo Moskovskogo universiteta, p. 120. (In Russian).
 21. Kocharjan, G. S., & Kocharjan, A. S. (1994). *Psihoterapija seksual'nyh rasstrojstv i supružeskih konfliktov* [Psychotherapy of sexual disorders and marital conflicts]. Moscow: Medicina, 224 p. (In Russian).
 22. Lapach, S. M., Chubenko, A. V., & Babych, P. M. (2001). *Statisticheskie metody v mediko-biologicheskijh issledovanijah s ispol'zovaniem Excel. Jeksperimental'nye issledovanija. Klinicheskie ispytaniya. Analiz farmacevticheskogo rynka* [Statistical methods in biomedical research using Excel. Experimental research. Clinical trials. Analysis of the pharmaceutical market]. (2nd ed.). Kyiv: Morion, 408 p.
 23. Maruta, N. O., Panko, T. V., Yavdak, I. O., Semykina, O. Ye., & Koliadko, S. P. (2004). *Kriterij kachestva zhizni v psihiatricheskoj praktike* [Criterion of quality of life in psychiatric practice]. N. O. Maruta (Ed.). Kharkiv: RIF ARSIS, LTD, 239 p. (In Russian).

ОБОСНОВАНИЕ ОБЩИХ ПОЛОЖЕНИЙ И ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ И ПСИХОПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПОДДЕРЖКИ ЗДОРОВЬЯ СЕМЬИ ПРИ АДДИКТИВНОМ ПОВЕДЕНИИ У ЖЕНЩИН М. В. Савина

Актуальность. Нарушение здоровья семьи имеет сложный генез, изучение которого требует системного подхода, так же как его диагностика и коррекция. В случае наличия аддиктивного поведения (АП) у жены данная проблема приобретает особую специфику, что требует ее отдельного изучения для разработки эффективных коррекционных стратегий, патогномоничных для данного контингента.

Цель – обоснование общих принципов психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин и определение эффективности их внедрения.

Материалы и методы. С помощью клинико-психологического и психодиагностического методов обследовано 371 супружескую пару (СП), которые обратились за помощью по поводу нарушения семейных отношений (исследуемая группа, ИГ). У 321 СП обнаружены проявления аддиктивного поведения (АП) у жены. В качестве группы сравнения обследовано 50 условно гармоничных СП (ГП).

Результаты. Определены провоцирующие факторы развития нарушения здоровья семьи у женщин с различным состоянием АП. Установлено, что социально-приемлемые виды АП, присущие обследованным, выступают как патологический способ канализации психоэмоционального напряжения, возникающего у них в результате деформации семейных отношений, и снижают уровень супружеской конфликтности и деформации родительно-детских отношений. На основе полученных данных сформулирована общая конфигурация системы психологической коррекции и психопрофилактической поддержки здоровья семьи при наличии АП у женщин в виде алгоритма действий, а также обобщения целей и способов их достижения.

Выводы. Определение эффективности указанных подходов показало их результативность, как в аспекте улучшения семейного функционирования, так и редукции АП у женщин.

Ключевые слова: женщины, аддиктивное поведение, нарушения здоровья семьи, супружеская пара, психологическая коррекция, эффективность.

JUSTIFICATION OF GENERAL PROVISIONS AND EFFECTIVENESS OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION AND PSYCHOPROFILACTIC SUPPORT OF FAMILY WITH ADDICTIVE BEHAVIOR OF WIVES M. V. Savina

Background. The family health disorder has a complex genesis, the study of which requires a systematic approach, as well as its diagnosis and correction. In the case of addictive behavior (AB) in the wife, this problem acquires a special specificity, which requires its separate study to develop effective correctional strategies, which are pathognomonic for this contingent.

Objective – justification of general principles of psychological correction and psychoprophylactic support family health where there is addictive behavior in women and to determine the effectiveness of their implementation.

Materials and methods. We examined the 371 married couples (MC), who applied for help due to violation of family relations (study group, SG). We used clinical-psychopathological and psychodiagnostic methods. In 321 MC we detected addictive behavior in the wife. Also we examined 50 conditionally harmonious couples, which constituted comparison group.

Results. Triggers of the development of family health disorders in women with a different state of addictive behavior have been defined. It has been established that socially acceptable types of addictive behavior in surveyed women act as a pathological way of sewerage of psychoemotional tension, arising in them as a result of deformation of family relationships. It reduced the level of marital conflict and deformation of parental-child relationships. The general provisions of the system of psychological correction and psycho-preventive support of family health with addictive behavior of wives have been formulated on the basis of the obtained data. They included algorithm of actions, as well as a generalization of the goals and ways to achieve them.

Conclusions. Determining the effectiveness of these approaches has shown their effectiveness, both in the aspect of improving family functioning and in the reduction of addictive behavior in women.

Keywords: women, addictive behavior, family health disorders, married couple, psychological correction, efficiency.

Стаття надійшла до редакції 20.10.2016 р.

САВИНА Майя Василівна, к.мед.н., доцент, доцент кафедри психіатрії, наркології, неврології та медичної психології Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна Міністерства освіти України, м. Харків, Україна; e-mail: ms@3s.kharkov.ua

САВИНА Майя Васильевна, к.мед.н., доцент, доцент кафедры психиатрии, наркологии, неврологии и медицинской психологии Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина Министерства образования Украины, г. Харьков, Украина; e-mail: ms@3s.kharkov.ua

SAVINA Maiia Vasylyivna, MD, PhD, Docent, Associate Professor of Department of psychiatry, narcology and medical psychology of the V. N. Karazin's Kharkiv National University of Ministry of Education of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: ms@3s.kharkov.ua

СОЦІАЛЬНА ТА КЛІНІЧНА НАРКОЛОГІЯ

УДК 616.89-008.441.3-058.833-055.1+159.9-058.833-055.2

К. В. Аймедов

ОСОБЛИВОСТІ СПІВЗАЛЕЖНИХ ЖІНОК ВІД АЛКОЗАЛЕЖНИХ ЧОЛОВІКІВ

Одеський національний медичний університет МОЗ України, м. Одеса

psyhotip@gmail.com

Актуальність. Значне місце психічних розладів внаслідок вживання психоактивних речовин (зокрема алкоголю) у структурі захворюваності на розлади психіки та поведінки, поширеність станів співзалежності визначає медичну, економічну та соціальну важливість вивчення даної проблеми.

Мета – вивчити психологічні особливості жінок, які проживають з алкозалежними чоловіками.

Матеріали та методи. На базі чоловічого відділення КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» у 2016 році було опитано 68 жінок (дружин алкозалежних чоловіків) у віці 26–47 років. Використано інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний методи дослідження з застосуванням статеворольової шкали (ACL-шкала) вираженості маскулінності/фемінінності А. В. Neilbrun, методик «Шкала співзалежності» і «Тест на співзалежність» (Москаленко В. Д.).

Результати. Розкрито основні підходи до поняття співзалежності, підкреслена актуальність емпіричного вивчення особливостей співзалежних жінок у сім'ях, в яких чоловік страждає на алкогольну залежність. Серед досліджених жінок були виділені наступні типи статево-рольової «Я-концепції»: гіпермаскулінний (16,18 %), гіперфемінінний (38,23 %), інфантильний (26,47 %), андрогінний (який відображав найгармонійніший варіант статево-рольової «Я-концепції») (19,12 %). Описані психологічні особливості, притаманні кожному типу статево-рольової «Я-концепції». Різко виражена співзалежність виявлена у жінок гіперфемінінного та інфантильного типів (46,15 % та 38,89 % відповідно). До помірно вираженої співзалежності схильні жінки гіпермаскулінного та інфантильного типів (36,36 % та 33,33 %). Не схильні до співзалежності жінки гіпермаскулінного та андрогінного типів (45,45 % та 53,85 % відповідно).

Висновки. Співзалежність жінок від алкозалежних чоловіків супроводжується формуванням соціальної дезадаптації, зростанням ситуативної та особистісної тривожності, різною мірою виражених при різних типах статево-рольової «Я-концепції». Кількісне та якісне розширення досліджуваної вибірки дозволить підвищити точність математичних моделей, визначити мішені психотерапевтичних інтервенцій, етапність і змістовність наповнення лікувально-реабілітаційних заходів з конкретизацією базових психокорекційних та психореабілітаційних технік.

Ключові слова:
співзалежність,
алкогольна залежність,
адитивна поведінка,
статево-рольова
концепція, жінки.

Актуальність. Проблематика хімічних та нехімічних залежностей не є новою в сучасному світі, аналіз літературних джерел з проблеми формування різних видів залежності свідчить про її міждисциплінарний характер, і розглядається в рамках психіатрії, наркології, вікової психології, диференційної та спеціальної психології. Значимо, що на одного хворого на алкоголізм припадає як мінімум чотири особи, втягнених у стосунки залежності. Враховуючи масштабність проблеми алкоголізму

і в нашій країні, неможливо недооцінювати важливість профілактичної та психокорекційної роботи з хворими та їх родичами [4, 9]. Розв'язанню даних проблем присвячено безліч наукових робіт, однак не всі аспекти проблематики осіб, які проживають поряд з залежними людьми, достатньо вивчені.

Адиктивна поведінка одного члена сім'ї неминуче порушує всю систему внутрішньосімейних взаємозв'язків. Ще у 1975 році в роботі «Любов та адикції» С. Піілом та

А. Бродським було проведено паралелі між патологічною пристрастю і психоактивними речовинами. У своїй роботі ми розглянемо адиктивний характер сімейних стосунків, розкриємо особливості жінок, співзалежних від своїх алкозалежних чоловіків.

Мета – вивчити психологічні особливості жінок, які проживають з чоловіками, що страждають на алкогольну залежність.

Матеріали та методи дослідження

З метою вивчення психологічних особливостей співзалежних жінок, які проживають з алкозалежними чоловіками, на базі чоловічого відділення КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я» у 2016 році було опитано 68 жінок (дружин алкозалежних чоловіків) у віковій категорії від 26 до 47 років. Методи дослідження: інформаційно-аналітичний, клініко-психопатологічний, психодіагностичний, статистичний. Психодіагностичне дослідження включало: статево-рольову шкалу (ACL-шкала) вираженості маскулітності / фемінітності А. В. Neilbrun [20], методики «Шкала співзалежності» і «Тест на співзалежність» (Москаленко В. Д.) [29].

Результати та їх обговорення

Пильну увагу фахівців співзалежність стала викликати у 70 роки ХХ століття. Саме в цей час були опубліковані перші дослідження, присвячені вказаному психологічному стану. Проблему співзалежності в зарубіжній науці висвітлювали М. Beattie, С. Dlack, J. Bradshaw, S. Covey, W. Feuerlein, S. Karpman, С. Hurcom, Р. Mellody, А. Miller та інші дослідники. В країнах Європейської спільноти цю проблему активно почали вивчати у 80 роках ХХ століття. Однак кількість досліджень і на сьогодні є явно недостатньою для отримання чіткого і ясного уявлення про це явище. В останні роки інтерес до співзалежності з боку вітчизняних дослідників став більш відчутним, але, незважаючи на це, дана проблема залишається недостатньо висвітленою.

Відокремлено декілька підходів, які пояснюють причини формування співзалежності. З позицій психоаналітичної теорії – це невирішені конфлікти дитинства, емоційна залежність від дорослих, психологічна регресія; комплекс таких властивостей як халатність, пасивність, злість, егоїзм; недостатньо розвинене відчуття спільності; порушення ідентичності [13, 14]. З погляду гуманістичної психології, в основі психічної залежності людини лежать мазохістичні тенденції, наявність постійної потреби в симбіотичному зв'язку, страх самотності і відторгнення. Біхевіористи причини виникнення залежності вбачають у порушенні процесу успішної соціалізації; представники теорії стресу і копіngu – домінування стратегії, при якій людина намагається уникнути контакту з навколишньою реальністю, ухилитися від вирішення проблем [1, 8, 13]. З погляду онтопсихології, за залежною поведінкою завжди криються розлади «Я», особистісна незрілість, відчуття провини; з погляду психосинтезу – відчуття невизнаності у суспільстві [3, 7, 14].

У гештальтпсихології вважається, що залежна поведінка пов'язана з порушенням процесу «контакт – відхід», лише одна домінуюча потреба стає фігурою,

втрачається контакт з реальністю, у діяльнісному підході адиктивна поведінка визначається як помилково запередмечена потреба, тобто домінуючим мотивом стає пошук об'єкта, який задовольняє цю потребу [17, 18]. Традиційно мотивація завжди визначається як психічна сила, що лежить в основі спрямованості, інтенсивності і стійкості поведінки [6]. З розвитком когнітивного напрямку в сучасній науці це гіпотетично-абстрактне поняття мотивації в останні роки стало конкретизованим. Під мотивацією розуміють певні маніпуляції, когніції, бажання і наміри вчинити будь-які дії [6]. Жінки намагаються постійно контролювати поведінку свого чоловіка, який страждає на алкогольну залежність, «присвячують своє життя порятунку», віддаючись цій ідеї з фанатизмом і шаленством, без залишку. Насправді така поведінка тільки погіршує ситуацію і анітрохи не сприяє формуванню у алкоголіка мотивації до лікування, а жінка стає співзалежною.

Співзалежна людина – це особистість, на яку вплинула поведінка іншої людини і яка перебуває в повній залежності від іншої особи, скупа у своїх відчуттях, думках і поведінці, вона ніби позбавлена права вибору «що відчувати», «як мислити і яким чином діяти», вона постійно думає про іншого: «прийшов – не прийшов», «дійде до будинку – не дійде», «вкрав – не вкрав», «продав – не продав», «спалив – не спалив» тощо [10, 11, 19].

Р. Клауд (1999) досліджував співзалежність як базове явище, розуміння якого необхідне для аналізу емоційних і психологічних розладів, і розглядав її як фундаментальне явище, що лежить в основі неврозу.

У психологічному словнику співзалежність визначена як захисна компенсаторна реакція на внутрішньособистісний конфлікт. Сторонами конфлікту при цьому є вкрай суперечливі стосунки зі значимою людиною та індивідуалізована система культурних норм, цінностей, приписів тощо [12].

Г. В. Терентьева вважає, що співзалежність – це психологічна залежність, підпорядкування свого «Я», своїх почуттів, очікувань, переконань і сприйняття реальності стану людини, яка має хімічну залежність [15].

Співзалежність, на думку Ц. П. Короленко, Н. В. Дмитрієвої (2001) – це адикція відносин.

М. Бітті визначав співзалежність як емоційний, психологічний і поведінковий стан, що виникає в результаті того, що людина тривалий час піддавалась впливу правил, які пригнічували, перешкождали відкритому вираженню почуттів, а також відкритому обговоренню особистісних і міжособистісних проблем [2].

Механізмом прояву співзалежності, на думку Е. Сміт (1991), є наступна тріада: obsесивно-компульсивний потяг до предмета залежності; заперечення як форма психологічного захисту; втрата контролю. Отже, як залежність, так і співзалежність являють собою тривалі страждання, що призводять до деформації духовної сфери. Е. Сміт вважає, що у співзалежних ця деформація виражається в тому, що вони замість любові живлять до близьких ненависть, втрачають віру у всіх, крім себе, хоча своїм здоровим імпульсам теж не довіряють, відчуваючи пекуче почуття ревності, заздрості і безнадії. Співзалежність при цьому виражається в поведінці, направлений

на руйнування однієї зі сторін конфлікту. Очевидно, що така поведінка є саморуйнівною [2, 10].

М. Бітті, А. Мягер, Е. Сміт у своїх роботах, прийшли до висновку, що насамперед на співзалежність страждають люди, в яких було так зване «важке» дитинство, люди з неблагополучних сімей, де відсутній один з батьків або батьки страждали на алкоголізм, де діти зазнали насильства, люди з дитячими травмами, отриманими не тільки в сім'ї, але і в школі, на вулиці, від однолітків, вчителів або інших значимих дорослих. Сюди ж входять жертви сексуального, фізичного, емоційного, сектантського насильства тощо [2, 16].

За даними В. Д. Москаленка [9, 10], неблагополучні сім'ї породжують людей з низькою самооцінкою, що обертається психологічними проблемами, алкоголізмом, наркоманією, злиднями та іншими соціальними проблемами. Співзалежність – це стан, що виникає у членів сім'ї хворого на алкоголізм чи інші форми залежності, що часом важче, ніж саме захворювання. Побойовання фахівців насамперед викликає патерн засвоєних форм поведінки, почуттів і вірувань, що роблять життя проблемним і негативно впливають на адаптацію особистості, що, в свою чергу, призводить до негативних особистісних змін, порушень гармонійного і всебічного розвитку. Саме це визначає співзалежність як серйозну психологічну, медичну, педагогічну і соціальну проблему.

Зовнішня референтність співзалежних осіб виявляється, насамперед, у тому, що це – адикція відносин. Співзалежні особи використовують стосунки з іншою людиною так само, як хімічні або нехімічні адикти використовують адиктивний агент. Тому адиктивна поведінка як хворого, так і співзалежного, в рамках сімейних стосунків характеризується трьома головними ознаками:

1) компульсивністю – втратою здатності вільно вибирати між можливістю припиняти або продовжувати таку поведінку;

2) продовженням нездорової поведінки, незважаючи на згубні наслідки, такі як втрата здоров'я, роботи, важливих взаємин чи свободи;

3) постійною концентрацією, що досягає ступеня нав'язливості, на відповідній адиктивній діяльності.

Процес виникає на тлі відсутності у співзалежних осіб по-справжньому розвинутої «концепції-Я», що виражається у відсутності почуття внутрішнього власного значення. Відсутність концепції власного «Я» не дає можливості проявити свої справжні глибинні почуття, що призводить до труднощів у встановленні інтимних, незалежних відносин з іншими людьми. Обмеженість їх вибору призводить до того, що вони опиняються в обмеженому полі контактів переважно з адиктивними особами.

Для співзалежних осіб характерні відносини «прилипання», примикання до іншого, без якого вони не можуть вижити. Цей зв'язок забезпечує почуття безпеки, за яку адикт готовий платити будь-яку ціну. Стосунки прилипання дуже своєрідні, вони не мають розвитку, статичні, так як виключають можливість взаємного збагачення. В цих стосунках співадиктивна людина себе не виражає і не реалізує. Вбачається подібність залежності та співзалежності, оскільки обидва стани:

- є первинним захворюванням, а не симптомом іншого захворювання;
- призводять до поступової фізичної, психічної, емоційної і духовної деградації;
- при невтручанні можуть призвести до передчасної смерті;
- при одужанні вимагають системного зсуву як у фізичному, так і в психологічному плані.

Існування такої схеми стосунків вимагає великих витрат енергії і часу, залежні підпорядковують собі думки, емоції співзалежних.

Зазначимо, що прояви співзалежності доволі різноманітні: розмитість кордонів свого «Я», знижена самооцінка, підвищена тривожність, постійне очікування гіршого, необхідність мати гарну думку про себе в оточуючих для позначення своєї цінності, постійна турбота про те, яке враження вона і її сім'я справляють на оточуючих, нав'язування своєї незамінності; прагнення всіх і все контролювати, придушення проявів своїх почуттів і переживань, схильність судити інших, брехливість, когнітивна, емоційна, духовна ригідність.

Вивчення психологічних особливостей співзалежних жінок, які проживають з алкозалежними чоловіками, дозволило отримати наступні результати.

Одним із критеріїв сформованості «Я-концепції» було обрано визначення психосексуальних типів жінок, визначення їх статеворольової «Я-концепції». При визначенні характеру і перебігу статевого розвитку обстежуваних жінок ми виходили з того факту, що сексуальність людини – це не тільки біологічний інстинкт, але і складне біофізіологічне і психосоціокультурне явище, важлива сфера суспільного, сімейного і особистого життя [5].

Ми використовували статеворольову ACL-шкалу А. Neilbrun, що включала дві субшкали – маскулінності і фемінінності. ACL-шкала орієнтована на андрогінну статеворольову модель, згідно з якою маскулінність і фемінінність є незалежними утвореннями, тобто індивід може бути одночасно як високомаскулінним, так і високофемінінним.

За даними О. С. Кочаряна, вказана шкала чутлива до соціального рівня маскулінності / фемінінності, тобто вона відображає статеворольову «Я-концепцію» індивіда [5].

Обстежувані жінки за 5-бальною шкалою оцінювали вираженість в собі якостей, представлених у маскулінній і фемінінній субшкалах.

Серед досліджених жінок були виділені наступні типи статево-рольової «Я-концепції»: гіпермаскулінний тип (16,18 %), гіперфемінінний тип (38,23 %), інфантильний тип (26,47 %), андрогінний тип (який відображав найгармонійніший варіант статево-рольової «Я-концепції») (19,12 %).

Гіпермаскулінний тип опитаних жінок характеризувався низькою психічних і поведінкових особливостей, таких як жорсткість, рішучість, емоційна холодність, зверхність, агресивність, асертивність, схильність до ризику. Жінкам даного типу були властиві прагнення до незалежності, самостійності, бажання домінувати, демонстрація небажання підкорюватися.

Гіперфемінінний тип характеризувався такими рисами як підлеглість, навіюваність, покірність, схильність до компромісів, прагнення слідувати соціальним стандартам, емоційність, емпатійність. Іноді ці риси доповнювалися м'якістю, жіночністю, відсутністю оригінальності, вузькістю інтересів, банальністю думок, графареетністю вчинків. Конформність як риса характеру і конформізм як стиль поведінки не були абсолютними і не диктувалися слабкими вольовими якостями. Фемінінність цих жінок визначалася також емпатійністю, умінням уловлювати настрої співрозмовника.

Фемінінність також виражалася в підвищеній емоційності, образливості, сентиментальності, що було основою для афективних порушень гіпотимічного типу в період зловживання алкоголем їх чоловіків. У 9,25 % хворих цього типу досить постійними були депресивні розлади з епізодичними суїцидальними думками, проте в жодному випадку вони не втілювалися в цілеспрямовані суїцидальні дії. Для цієї категорії жінок було характерне повніше розуміння своєї жіночої ролі, прагнення наслідувати стандарти «жіночої поведінки», що виявлялося в манері одягатись, загальній зовнішності, прихильності до суто «жіночих» занять (кулінарія, шиття), схильності до виконання материнської, виховної функції навіть стосовно свого чоловіка.

Інфантильний тип характеризувався навіюваністю, тривожністю, прогностичною некомпетентністю, ригідністю і упертістю, наївністю, пошуковою активністю, максималізмом, егоцентризмом, яскравістю уяви, нетерплячістю, схильністю до ризику, страхом бути покинутим, прагненням говорити неправду; стереотипністю поведінки, прагненням обвинувачувати інших та уникати відповідальності за ухвалення рішень.

У жінок інфантильного типу спостерігались амбівалентні тенденції, наприклад, знижена переносимість труднощів повсякденного життя разом з доброю переносимістю кризових ситуацій; прихований комплекс неповноцінності разом із зовні виявляємою перевагою; зовнішня соціабельність, яка поєднувалась із страхом перед стійкими емоційними контактами. Відсутність сексуальної реалізації компенсувалась інфантильним симбіотичним зв'язком, перенесеним на чоловіка, в контексті залежної любові, при цьому умовою для зосередженості на партнері виступала знижена самооцінка і наявність «комплексу рятівника».

Андрогінний (гармонійний) тип. Андрогінними вважали жінок, які відрізнялись багатомірною інтеграцією проявів емоційно-експресивного (жіночого) та інструментального (чоловічого) стилів діяльності, свободою тілесних експресій, відсутністю жорсткого диктату

статевих ролей. Андрогінні особистості з високими потенціями маскулінності і фемінності мали високий потенціал соціальної адаптації, легше змінювали тип і стиль діяльності залежно від умов, менше піддавались дистресам.

Андрогінні жінки були здатні розв'язувати цілком «чоловічі» завдання, використовуючи «жіночі» засоби (гнучкість, комунікабельність). На відміну від інших опитаних, вони відрізнялись критичністю до хвороби чоловіка. Достатньо високий рівень соціалізації в гармонійного типу опитаних зберігався впродовж тривалого терміну хвороби чоловіка.

З метою виявлення типу статево-рольової «Я-концепції» серед жінок, які проживають з чоловіками, хворими на алкогольну залежність, нами було проведено дослідження щодо встановлення рівня співзалежності даної категорії жінок (табл.1)

У результаті проведеного дослідження максимальні показники різко вираженої співзалежності встановлено у жінок гіперфемінінного та інфантильного типів (46,15 % та 38,89 % відповідно). До помірно вираженої співзалежності схильні жінки гіпермаскуліного та інфантильного типів (36,36 % та 33,33 %). Не схильні до співзалежності жінки гіпермаскуліного та андрогінного типів (45,45 % та 53,85 % відповідно).

Висновки та перспективи подальших досліджень

Жінки, які проживають з чоловіками, хворими на алкогольну залежність, схильні до помірної та різко вираженої співзалежності у разі статево-рольової «Я-концепції» за типом гіперфемінінності та інфантильності. Із психологічних особливостей співзалежних жінок можна виокремити їх схильність до навіюваності, покірності, емпатійності, конформності.

Характеризуються вони сентиментальністю, тривожністю, прогностичною некомпетентністю, наївністю, пошуковою активністю, яскравістю уяви, нетерплячістю, страхом бути покинутим, прагненням говорити неправду; прагненням обвинувачувати інших та уникати відповідальності в ухваленні рішень, при цьому мають високу переносимість кризових ситуацій.

Співзалежність жінок від алкозалежних чоловіків супроводжується формуванням соціальної дезадаптації і зростанням як ситуативної, так і особистісної тривожності.

Кількісне та якісне розширення досліджуваної вибірки дозволить:

- підвищити точність математичних моделей, що описують предиктори формування співзалежності у жінок, які проживають з чоловіками, хворими на

Таблиця 1. Розподіл досліджених жінок за рівнем співзалежності

Рівень співзалежності	Жінки гіпермаскуліного типу (n=11)	Жінки гіперфемініного типу (n=26)	Жінки інфантильного типу (n=18)	Жінки андрогінного типу (n=13)
Норма	45,45	23,08	27,78	53,85
Помірно виражена співзалежність	36,36	30,77	33,33	30,77
Різко виражена співзалежність	18,18	46,15	38,89	15,38

Примітка. Дані в таблиці наведені у відсотках

алкогольну залежність, з урахуванням особливостей міжособистісної взаємодії;

- виявити індивідуально-психологічні особливості з метою вибору психотерапевтичної тактики залежно від типу співзалежності;
- визначити етапність й змістовність наповнення лікувально-реабілітаційних заходів з конкретизацією базових психокорекційних та психореабілітаційних технік.

Список використаної літератури

1. Асмолов А. Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа / А. Г. Асмолов. – М.: Смысл, 2001. – 416 с.
2. Битти М. Алкоголизм в семье и преодоление созависимости / М. Битти; [пер. с англ.]. – М.: Физкультура и спорт, 1997. – 331 с.
3. Бурно М. Е. Клиническая психотерапия / М. Е. Бурно. – М.: Академический проект, ОПП, 2007. – 719 с.
4. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. – СПб.: Речь, 2007. – 190 с.
5. Кочарян А. С. Личность и половая роль: симптомокомплекс маскулинности/фемининности в норме и патологии / А. С. Кочарян. – Харьков: Основа, 1996. – 127 с.
6. Леонтьев В. Г. Мотивация и психологические механизмы ее формирования / В. Г. Леонтьев. – Новосибирск: Новосиб. полиграфкомбинат, 2002. – 264 с.
7. Медична психологія: навч. посіб. / Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, А. І. Кондратюк, Л. В. Стукан. – Вінниця, 2010. – 135 с.
8. Спирина И. Д. Медицинская психология: учебник // И. Д. Спирина, И. С. Витенко, А. К. Напрасенко. – Днепропетровск: «Промінь», 2014. – 456 с.
9. Москаленко В. Д. Ребенок в «Алкогольной» семье: психологический портрет / В. Д. Москаленко // Вопросы психологии. – 1991. – № 4. – С. 65–73.
10. Москаленко В. Д. Созависимость: характеристики и практика преодоления / В. Д. Москаленко // Лекции по наркологии; под ред. Н. Н. Иванца. – М.: Нолит, 2000. – С. 365–405.
11. Мусієнко Г. О. Вивчення механізмів успадкування схильності до залежних станів від тютюну та алкоголю і механізмів її реалізації під впливом зовнішнього середовища / Г. О. Мусієнко, В. В. Шалашев // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, № 3 (72). – С. 252.
12. Психологический словарь / под ред. В. П. Зинченко, Б. Г. Мещерякова. – М.: АСТ, 2007. – 480 с.
13. Лисецкий К. С. Психология негативных зависимостей / К. С. Лисецкий, Е. В. Литягина. – Самара: Универс групп, 2008. – 251 с.
14. Ревенко О. А. Особливості перебігу когнітивних процесів та індивідуально-психологічні характеристики хворих на алкоголізм (судово-експертна оцінка) / О. А. Ревенко, О. В. Радзевилова, О. П. Олійник, Н. В. Должикова // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 104–108.
15. Терентьева А. В. Особенности развития ребенка в алкогольной семье и возможности реабилитационной работы / А. В. Терентьева // Семейная психология и семейная терапия. – 1998. – № 3. – С. 90–95.
16. Целуйко В. М. Психология неблагополучной семьи: книга для педагогов и родителей // В. М. Целуйко. – М.: Владос-Пресс, 2003. – 272 с.
17. Течение хронического алкоголизма в сочетании с посттравматическим стрессовым расстройством в зависимости от характера психогении / Б. Д. Цыганков, П. А. Яковлева, А. С. Конищев, Т. А. Волгина // Наркология. – 2012. – № 4. – С. 65–69.
18. Kranzler H. R. Personalized treatment of alcohol dependence / H. R. Kranzler, J. R. McKay // Cur. Psychiatry Rep. – 2012. – Vol. 14, issue 5. – P. 486–493.
19. Harris T. R. Readiness to change among a group of heavy-drinking college students: correlates of readiness and a comparison of measures / T. R. Harris, S. T. Walters, M. M. Leahy // J. Am. Coll. Health. – 2008. – Vol. 57, issue 3. – P. 325–330.
20. Heilbrun A. B. Human sex role behavior / A. B. Heilbrun, S. G. Zimet, C. N. Zimet // Psychol. Reports. – 1977. – № 41. – P. 583–591.

References

1. Asmolov, A. G. (2001). Psihologija lichnosti: principy obshhepsihiologicheskogo analiza [Personality psychology: principles of general psychological analysis]. Moscow: Smysl, 416 p.
2. Beattie, M. (1986). Codependent no more: how to stop controlling others and start caring for yourself. Center city, MN: Hazelden Foundation, 276 p. (Russ. ed.: Bitti M. Alkogolizm v sem'e i preodolenie sozavisimosti. Moskva, Fizkul'tura i sport, 1997. 331 p.).
3. Burno, M. E. (2007). Klinicheskaja psihoterapija [Clinical psychotherapy]. Moscow: OPPL, 719 p.
4. Egorov, A. Ju. (2007). Nehimicheskie zavisimosti [Non-chemical dependence]. Saint Petersburg: Rech', 190 p.
5. Kocharian, O. S. (1996). Lichnost' i polovaja rol': simptomokompleks maskulinnosti/femininnosti v norme i patologii [Personality and sexual role: syndrome masculinity / femininity in health and disease]. Kharkiv: Osнова, 127 p.
6. Leont'ev, V. G. (2002). Motivacija i psihologicheskie mehanizmy ee formirovaniya [Motivation and psychological mechanisms of its formation]. Novosibirsk: Novosib. poligrafkombinat, 264 p.
7. Pshuk, N. H., Markova, M. V., Kondratiuk, A. I., & Stukan, L. V. (2010). Medychna psykhoholohiia [Medical psychology]. Vinnytsia, 135 p.
8. Spirina, I. D., Vitenko, I. S., & Naprasenko, A. K. (2014). Medicinskaja psihologija [Medical Psychology]. Dnipropetrovsk: Promin, 456 p.
9. Moskalenko, V. D. (1991). Rebenok v «Alkogol'noj» sem'e: psihologicheskij portret [Child in «Alcohol» family: the psychological portrait]. Voprosy Psihologii – Questions of psychology, no. 4, pp. 65–73.
10. Moskalenko, V. D. (2000). Sozavisimost': harakteristiki i praktika preodolenija [Codependency: characteristics and practice to overcome]. In N. N. Ivanec (Ed.), Lekcii po narkologii [Lectures on Addiction]. (pp. 365–405). Moscow: Nolidzh.
11. Musienko, H. O., & Shalashiev, V. V. (2012). Vyvchennia mekhanizmv uspadkuvannia skhynnosti do zaleznykh staniv vid tiutynu ta alkoholiu i mekhanizmv yij realizatsii pid vplyvom zovnishnoho seredovyszha [Study of the mechanisms inheritance of susceptibility to status dependent of tobacco and alcohol and mechanisms of its implementation under the influence of the environment]. Ukrain's'kyi visnyk psykhonevrolohi – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 20, issue 3 (72), pp. 252.
12. Zinchenko, V. P., & Meshherjakova, B. G. (Eds.). (2007). Psihologicheskij slovar' [Psychological glossary]. Moscow: AST, 480 p.
13. Liseckij, K. S., & Litjagina, E. V. (2008). Psihologija negativnyh zavisimostej [Psychology of negative dependencies]. Samara: Univers grupp, 251 p.
14. Revenok, O. A., Radzevilova, O. V., Oliinyk, O. P., & Dolzhikova, N. V. (2013). Osoblyvosti perebihu kohnityvnykh protsesiv ta indyvidualno-psykhoholichni kharakterystyky khvorykh na alkoholizm (sudovo-ekspertna otsinka) [Peculiarities of cognitive processes and individual psychological characteristics of patients with alcohol (forensic expert evaluation)]. Arkhiv psykhiiatrii – Archives of psychiatry, vol. 19, no. 2 (73), pp. 104–108.
15. Terent'eva, A. B. Osobennosti razvitiya rebenka v algokol'noj sem'e i vozmozhnosti reabilitacii raboty [Features of development of the child in the alcoholic family and the possibility of rehabilitation work]. Semejnaja psihologija i semejnaja terapija – Family psychology and family therapy, no. 3, pp. 90–95.
16. Celujko, V. M. (2003). Psihologija neblagopoluchnoj sem'i: kniga dlja pedagogov i roditelej [Psychology of a dysfunctional family: a book for teachers and parents]. Moscow: Vlados-Press, 272 p.
17. Cygankov, B. D., Jakovleva, P. A., Konishhev, A. S., & Volgina, T. A. (2012). Tehenie hronicheskogo algokolizma v sochetanii s posttravmaticheskim stressovym rasstrojstvom v zavisimosti ot haraktera psihogenii [Course of the chronic alcoholism in combination with post-traumatic stress disorder, depending on the nature psychogenic disorders]. Narkologija – Narcology, no. 4, pp. 65–69.
18. Kranzler, H. R., & McKay, J. R. (2012). Personalized treatment of alcohol dependence. Current Psychiatry Reports, vol. 14, issue 5, pp. 486–493. Doi: 10.1007/s11920-012-0296-5.
19. Harris, T. R., Walters, S. T., & Leahy, M. M. (Nov 2008). Readiness to change among a group of heavy-drinking college students: correlates of readiness and a comparison of measures. Journal of American College Health, vol. 57, issue 3, pp. 325–330. Doi: 10.3200/JACH.57.3.325-330.
20. Heilbrun, A. B., Zimet, S. G., & Zimet, C. N. (1977). Human sex role behavior. Psychological Reports, issue 41, pp. 583–591.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СОЗАВИСИМЫХ ЖЕНЩИН ОТ АЛКОЗАВИСИМЫХ МУЖЧИН

К. В. Аймедов

Актуальность. Весомое место психических расстройств вследствие употребления психоактивных веществ (в частности алкоголя) в структуре заболеваемости расстройствами психики и поведения, распространенность состояний созависимости определяют медицинскую, экономическую и социальную важность изучения данной проблемы.

Цель – изучить психологические особенности женщин, проживающих с алкозависимыми мужчинами.

Материалы и методы. На базе мужского отделения КУ «Одесский областной медицинский центр психического здоровья» в 2016 году было опрошено 68 женщин (жен алкозависимых мужчин) в возрасте 26–47 лет. Использованы информационно-аналитический, клинико-психопатологический, психодиагностический, статистический методы исследования с применением поло-ролевой шкалы (ACL-шкала) выраженности маскулинности / фемининности А. В. Heilbrun, методик «Шкала созависимости» и «Тест на созависимость» (Москаленко В. Д.).

Результаты. Раскрыты основные подходы к понятию созависимости, подчеркнута актуальность и своевременность вопроса эмпирического изучения особенностей созависимых женщин в семьях, в которых мужчина страдает алкогольной зависимостью. Среди исследованных женщин были выделены следующие типы поло-ролевой «Я-концепции»: гипермаскулинный (16,18 %), гиперфемининный (38,23 %), инфантильный (26,47 %), андрогинный (который отражал наиболее гармоничный вариант поло-ролевой «Я-концепции») (19,12 %). Описаны психологические особенности, присущие каждому типу поло-ролевой «Я-концепции». Резко выраженная созависимость установлена у женщин гиперфемининного и инфантильного типов (46,15 % и 38,89 % соответственно). Умеренно выраженной

созависимости подвержены женщины гипермаскулинного и инфантильного типов (36,36 % и 33,33 % соответственно). Не подвержены созависимости женщины гипермаскулинного и андрогинного типов (45,45 % и 53,85 % соответственно).

Выводы. Созависимость женщин от алкозависимых мужчин сопровождается формированием социальной дезадаптации, ростом ситуативной и личностной тревожности, и ее выраженность неодинакова при различных типах поло-ролевой «Я-концепции». Количественное и качественное расширение исследуемой выборки позволит повысить точность математических моделей, определить мишени психотерапевтических интервенций, определить этапность и смысловое наполнения лечебно-реабилитационных мероприятий с конкретизацией базовых психокоррекционных и психореабилитационных техник.

Ключевые слова: созависимость, алкогольная зависимость, аддитивное поведение, поло-ролевая концепция, женщины.

PSYCHOLOGICAL FEATURES OF CODEPENDENT WOMEN FROM MEN WITH ALCOHOL ADDICTION

C. V. Aymedov

Background. Mental disorders due to use of psychoactive substances (including alcohol) occupy an important place in the structure of the incidence of mental, behavioral and neurodevelopmental disorders. This fact and the prevalence codependency in relatives of patients with alcohol addiction, define medical, economic and social importance of studying this problem.

Objective – to study the psychological characteristics of women living with men, suffering from alcohol addiction.

Materials and methods. We interviewed 68 women (wives of alcohol addicted men) at the age of 26-47 years in male department of CI «Odessa Regional Medical Center of Mental Health» in 2016. We used information-analytical, clinical-psychopathological, psycho-diagnostic, statistical methods. We also used the masculinity and femininity scales of the Adjective Check List (the ACL-Scale, A. B. Heilbrun), techniques «Scale of codependency» and «Test of codependency» (V. D. Moskalenko).

Results. We have described the main approaches to the concept of codependency, emphasized the relevance and timeliness of the issue of the empirical study features of codependent women in families in which a husband suffers from alcohol addiction. We identified the following types of sex role «self-concept» among studied women: high masculinity (16,18 %), high femininity (38,23 %), infantile (26,47 %), androgynous (which reflect the most harmonious version of sex role «self-concept») (19,12 %). The psychological characteristics inherent in each type of sex role «self-concept» were described. Very severe codependency installed at high femininity and infantile types of women (46,15% and 38,89%, respectively). Moderately severe codependency susceptible women with high masculinity and infantile types of sex role «self-concept» (36,36 % and 33,33 %, respectively). Not prone to codependency women with high masculinity and androgynous types of sex role «self-concept» (45,45 % and 53,85 %, respectively).

Conclusions. Codependency in women from alcohol addicted men accompanied by the formation of social maladjustment, increasing situational and personal anxiety and its severity varies in different types of sex role «self-concept». The quantitative and qualitative expansion of the studied samples will improve the accuracy of mathematical models, determine the target of psychotherapeutic interventions and identify stages and semantic content of treatment and rehabilitation interventions with the concretization of the basic psychological correction and psychological rehabilitation techniques.

Keywords: codependence, alcohol addiction, additive behavior, sex role concept, woman.

Стаття надійшла в редакцію 15.09.2016 р.

АЙМЕДОВ Костянтин Володимирович, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психіатрії, наркології, психології та соціальної допомоги Одеського національного медичного університету МОЗ України, м. Одеса, Україна; e-mail: psyhotip@gmail.com

АЙМЕДОВ Константин Владимирович, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии, психологии и социальной помощи Одесского национального медицинского университета МЗ Украины, г. Одесса, Украина; e-mail: psyhotip@gmail.com

AYMEDOV Constantin Volodymyrovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology, Psychology and Social Assistance of Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine; e-mail: psyhotip@gmail.com

Г. А. Приб

ГЕНДЕРНІ АСПЕКТИ АДИКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ

Інститут підготовки кадрів державної служби зайнятості України, м. Київ

glebk60@gmail.com

Актуальність. Важливими у гендерній психології є проблеми соматичного, психічного та сексуального здоров'я родини. Особливою проблемою при оцінюванні здоров'я родини є захворювання жінки або / та чоловіка на адиктивні розлади, що відображається на їх психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя.

Мета – дослідження гендерних особливостей адиктивної поведінки.

Результати. Розглянуто теоретичні погляди на гендерні особливості адиктивної поведінки. У сучасному суспільстві соціально-рольові функції чоловіків і жінок зазнають серйозних змін й набувають рис протилежної статі. Зміна ролей почасти є фруструючим фактором, що призводить до адиктивної поведінки. Чинниками, які провокують адиктивну поведінку, є соціальні, соціально-психологічні, психологічні і біологічні. Вагомим гендерним аспектом вважають терміни формування адиктивної поведінки.

Висновки. Психологічна допомога особам з адикцією повинна здійснюватися у формах психологічної превенції і психологічної інтервенції. Успішною формою роботи для осіб з адикцією є групова (тренінги). Основний зміст тренінгів складає робота з передачі особистості методів контролю і відповідальності за власне життя, ідентифікація ситуацій, в яких можливий розвиток адикції, свідомої відмови від деструктивних форм поведінки. Важливою складовою допомоги є соціально-психологічна реабілітація з відновленням дезадаптованих життєвих функцій особистості. Проблема адиктивної поведінки з урахуванням гендерного аспекту повинна обов'язково розв'язуватися на соціально-правовому (юридична підтримка, працевлаштування), медичному (проти рецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних захворювань), психологічному (активізація і розширення особистісних ресурсів, психологічна підтримка через консультування і психотерапію) рівнях.

Ключові слова:

адиктивна поведінка, гендер, залежність, психоактивні речовини.

Актуальність. Проблема гендерного підходу розглядалася в рамках різних теоретичних напрямків. На думку прихильників структурного функціоналізму, стосунки між чоловіком і жінкою визначаються через концепцію статево-рольового поділу, статеві ролі засвоюються в процесі соціалізації; позиція так званих соціальних конструктивістів протилежна, вони бачать суть маскулінності в тому, що вона є не що інше як «прийняття певної позиції, формування психічного комплексу, примірювання соціальної статі», як «постійно мінливий набір значень, які ми конструємо в спілкуванні із собою, один з одним і з оточуючим світом», що «має сенс розглядати маскулінність як гетерогенну, чутливу до контексту, яка виникає в процесі взаємодії» [1].

Сьогодні на фоні втрати ефективності традиційних інститутів соціалізації інтенсивно виникають неформальні, які стають факторами соціалізації, на перший план у їхній ідеології виходять цінності маскулінності. Виходячи з них, чоловік повинен бути сильним,

незалежним, активним, агресивним, самодостатнім, орієнтованим на індивідуальні досягнення. Жінка – ніжною, тактовною, терплячою, слабкою, залежною, емоційною, орієнтованою на родину [1]. У сучасному суспільстві соціально-рольові функції чоловіків і жінок зазнають серйозних змін, частина традиційних ролей однієї біологічної статі засвоюється й демонструється протилежною. Гендерна психологія вивчає, яким чином культура й соціальна структура опосередковує фізичні відмінності між чоловіками й жінками. Дискурс у цій сфері розвивається в дихотомії понять «маскулінність – фемінність».

Важливими проблемами гендерної психології є проблеми соматичного, психічного та сексуального здоров'я родини. Особливою проблемою при оцінюванні здоров'я родини є захворювання жінки або / та чоловіка на адиктивні розлади, що відображається на їх психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя.

У 1984 році американський дослідник В. Міллер запропонував термін «адиктивна поведінка» для означення зловживань індивідом наркотичними речовинами ще до сформованості в нього психофізичної залежності. Згодом зміст цього поняття було доповнено, перенесено в психолого-педагогічну практику для означення ситуацій, пов'язаних зі зловживанням особистістю різноманітними речовинами, які спричиняють відхилення в її поведінці. Адиктивну поведінку вважають однією з форм девіантної поведінки – поведінки, яка відрізняється від загальноновизначеної норми психічного здоров'я, права, культури чи моралі.

Суть адиктивної поведінки полягає у прагненні змінити свій психічний стан за допомогою прийому деяких речовин або фіксацією уваги на певних предметах чи видах діяльності. Процес вживання такої речовини, прихильність до предмета або дії супроводжується розвитком інтенсивних емоцій і набуває таких розмірів, що починає керувати життям людини, позбавляє її волі до протидії адикції. Така форма поведінки характерна для людей з низькою переносимістю психологічних труднощів, які погано адаптуються до швидкої зміни життєвих обставин, що прагнуть у зв'язку з цим швидше і простіше досягти психофізіологічного комфорту. Адикція для них стає універсальним засобом втечі від реального життя. Для самозахисту люди з адиктивним типом поведінки використовують механізм, який в психології називають «мисленням за бажанням»: всупереч логіці причинно-наслідкових зв'язків вони вважають реальним лише те, що відповідає їх бажанням. У результаті порушуються міжособистісні стосунки, людина відчувається від суспільства.

У сучасній науці під терміном «адиктивна поведінка» (від англ. *addiction* – схильність, згубна звичка) розуміють поведінку особистості, обтяжену хімічною залежністю через вживання певних речовин (алкоголь, куріння, наркотики тощо). Виокремлюють різні чинники виникнення психічної залежності від психоактивних речовин, проте головна роль належить особливостям переживання особистістю власної життєвої ситуації. Для таких осіб характерні недостатні самоконтроль та самодисципліна, несформованість функції прогнозу поведінки, низька стійкість до можливих впливів, схильність неадекватно реагувати на фруструючу ситуацію, невміння знаходити продуктивний вихід із конфлікту, відмова від активності при найменших труднощах, часто поряд із завищеним рівнем домагань тощо. У результаті особистість прагне пережити стан задоволення, радості, але не бачить природних шляхів до цього, бо від повсякденної діяльності очікує лише негативних емоцій. Тому в неї виникає прагнення до зміни психічного стану штучним, хімічним шляхом [3].

Різні форми залежної поведінки мають тенденцію поєднуватися або переходити одна в іншу, оскільки мають принципово схожі психологічні механізми. Тому виділяють загальні ознаки адиктивної поведінки, а саме: адиктивна поведінка формується поступово, початок відхилення пов'язаний з переживанням інтенсивної гострої зміни психічного стану людиною у зв'язку з прийняттям певних речовин або певними діями, виникненням розуміння того, що існує певний спосіб

змінити свій психологічний стан, отримати відчуття підйому, радості [3, 4].

Згодом формується стійка послідовність вдавання до засобів адикції. Складні життєві ситуації та стан психологічного дискомфорту провокують адиктивні реакції. Поступово така поведінка стає звичним типом реагування на вимоги реального життя. Відбувається формування адиктивної поведінки як інтегральної частини особистості, тобто виникає інша особа, що витісняє і руйнує колишню. Цей процес супроводжується боротьбою, виникає почуття тривоги. Одночасно включаються захисні механізми, які сприяють збереженню ілюзорного почуття психологічного комфорту. Захисні формули такі: «я не потребую контактів з людьми», «я вчиняю так, як мені подобається», «якщо я захочу, то все зміниться» тощо [5]. «Адиктивна частина» особистості повністю визначає її поведінку. Адикт відчувається від суспільства, йому складно вибудовувати контакти з людьми не тільки на психологічному, але і на соціальному рівні, наростає самотність. Разом з цим з'являється страх перед самотністю, тому адикт стимулює себе поверхневим спілкуванням, перебуванням у колі великої кількості людей. Але до повноцінного спілкування, до глибоких і довготривалих міжособистісних контактів така людина нездатна, навіть якщо навколишні і прагнуть до цього. Головне для неї – ті предмети і дії, які є засобами адикції. Вивчення механізму виникнення та розвитку адиктивної поведінки дає можливість зрозуміти її реальне місце в структурі суспільних відносин і прогнозувати наслідки у гендерному аспекті.

Метою дослідження є вивчення гендерних особливостей адиктивної поведінки.

Результати та їх обговорення

Фактори, які провокують адиктивну поведінку, можна умовно поділити на соціальні, соціально-психологічні, психологічні і біологічні. Соціальні – нестабільність суспільства, доступність психоактивних речовин, відсутність позитивних соціальних і культурних традицій, контрастність рівнів життя, інтенсивність і густина міграції тощо. Соціально-психологічні – високий рівень колективної і масової тривоги, слабкість підтримуючих зв'язків з сім'єю та іншими позитивно-значущими групами, романтизація і героїзація девіантної поведінки в масовій свідомості, послаблення зв'язків між поколіннями. Психологічні – незрілість особистої ідентифікації, слабка або недостатня здатність до внутрішнього діалогу, низьке долаття психологічних стресів і обмеженість саморегуляції поведінки, висока потреба в зміні станів свідомості як засіб вирішення внутрішніх конфліктів, конституційно обумовлених акцентуацій особистості. Біологічні – природа і «агресивність» психоактивної речовини, індивідуальна толерантність, порушення процесів детоксикації в організмі, які змінюють системи мотивації і контролю за перебігом захворювання.

Важливим чинником є індивідуальні особливості конкретної особистості. Однією з причин розбіжностей у формах прояву адиктивної поведінки особистості може бути гендер як жорстка регламентація поведінки особистості відповідно до її статі. Поняття «гендер» вказує на соціальний статус особистості та її соціально-психо-

логічні характеристики, які пов'язані зі статтю, але які виникають тільки під час взаємодії з іншими людьми. Жінки та чоловіки подібні між собою за багатьма фізіологічними характеристиками, проте існує і суттєва різниця. У своїй більшості чоловіки намагаються стверджувати особисту індивідуальність. Натомість жінкам найбільше притаманні стосунки на рівні взаємозалежності, їх індивідуальність базується на підставі суспільних зв'язків. Чоловіки демонструють самостійність та незалежність, жінки намагаються досягти взаєморозуміння між особами.

Вважають [6], що існують відмінності в тому, куди направлений творчий імпульс чоловіка і жінки. Жіночий спосіб існування реалізується переважно через його спрямованість усередину, через увагу до глибоких переживань і інсайтів. Чоловічий спосіб існування характеризується спрямованістю творчого імпульсу назовні, на пошук можливостей перетворення зовнішнього світу через взаємодію з ним і утвердження себе в ньому. Таким чином, самореалізація жінки, на відміну від чоловіка, відбувається не через вчинки, а через процес самоусвідомлення.

Можна вказати також на статеву вибірковість залежної поведінки. Так, харчова адикція більш властива жінкам, гемблінг та вживання наркотиків – чоловікам. Жінки вдвічі частіше за чоловіків страждають від тривожності та депресії, а можливість потрапити до алкогольної залежності у жінок в 5 разів менша, ніж у чоловіків.

Вагомим гендерним аспектом є терміни формування адиктивної поведінки. Так, наприклад, у жінок алкогольна адикція розвивається швидше, ніж у чоловіків. Зазвичай вживання алкоголю жінками починається із слабких алкогольних напоїв і тривалий час має епізодичний характер. Тривалість першої стадії від початку систематичного вживання до появи фізичної залежності – від одного до трьох років. Ознаками жіночої залежності від алкоголю з довгим терміном його вживання є грубий голос, поява несвоєчасних ознак старіння. Також характерні алкогольні зміни особистості – це агресивність, грубість, брехливість. Організм жінки під впливом адиктивної речовини (алкоголю) деградує швидше за чоловічий. Це пов'язано з особливостями метаболічних процесів жінки. Більш високі концентрації алкоголю в крові, природно, підсилюють його руйнівну дію на організм. Мінімальна кількість алкоголю, яка може викликати цироз печінки в організмі жінки, утричі менша, ніж у чоловіка.

Хімічна адикція алкоголем підвищує ризик безпліддя, а також призводить до порушень менструального циклу, збільшення ймовірності мимовільних викиднів і ризику розвитку раку молочної залози. Адикція, руйнуючи організм жінки, виснажує її нервову й ендокринну системи і, зрештою, призводить до безпліддя. Відомий стереотип, що лікування залежності у жінок відбувається тяжче, ніж у чоловіків. Жіночий алкоголізм лікується такими ж методами, як і чоловічий, проте його наслідки є більш руйнівними. Очевидно, що психофізіологічні особливості людини є чинником, який визначає індивідуальну своєрідність адиктивної поведінки та може суттєво впливати на вибір об'єкта залежності, на темпи її формування та можливість подолання. Отже, гендерний аспект повинен обов'язково

враховуватися при наданні медико-соціальної та психологічної допомоги особистості.

Психологічна допомога особам з адиктивною поведінкою передбачає, насамперед, її діагностику. Рання профілактика включає як виявлення осіб, які зловживають без залежності – з вираженою адиктивною поведінкою, так і запобігання розвитку власне залежності. Психологічна допомога є зовнішнім соціально-психологічним фактором регуляції поведінки особистості і має полягати у сприянні оптимальній її самореалізації через залучення внутрішніх механізмів саморозвитку. Підхід з урахуванням психологічних закономірностей дозволяє знаходити ефективні способи надання психологічної допомоги для подолання адикції.

Основним напрямком психологічної допомоги особистості, схильній до адиктивної поведінки, є виявлення і корекція умов, що сприяють проявам такої поведінки. Саме створення передумов, запобігання відхиленням у поведінці та налагоджування сприятливого соціально-психологічного клімату в макро- і мікросоціумі приводить до створення можливостей для самореалізації особистості у суспільстві. Окремим напрямком є підвищення самооцінки та відпрацювання копінг-стратегій особи з адиктивною поведінкою.

Психологічна допомога особистості з адикцією повинна здійснюватися за наступними напрямками: психологічна превенція (запобігання, профілактика) і психологічна інтервенція (подолання, корекція, реабілітація).

Загалом профілактична та корекційна робота має наступні складові:

- виховну (поновлення позитивних якостей, що переважали до появи адиктивної поведінки);
- компенсаторну (формування прагнення компенсувати певні соціальні недоліки, активізація діяльності у тій сфері, де особистість може досягти успіху, реалізувати потребу в самоствердженні);
- стимулюючу (активізація позитивної суспільно-корисної діяльності через зацікавлене емоційне ставлення до особистості);
- коригувальну (виправлення негативних якостей особистості, коригування мотивації, ціннісних орієнтацій, поведінки);
- регулятивну (забезпечення впливу учасників міжособистісної взаємодії для зміни ступеня участі особистості у груповій діяльності з поступовим переходом до саморегуляції і самоконтролю) [4].

Загальними етапами профілактично-корекційної роботи є наступні: формулювання проблеми, висування гіпотези про причини появи адиктивної поведінки, діагностичний етап для перевірки і уточнення гіпотези, вибір адекватних методів і технологій надання психологічної допомоги особистості, складання програми та її реалізація, контроль за ходом реалізації програми і, за необхідності, внесення до неї коректив.

У роботі з жінками можна використовувати підхід, який добре себе зарекомендував – це тілесно-орієнтована терапія, що належить до напрямку гештальтпсихології. Вона спрямована, насамперед, на подолання «внутрішнього розколу» між тілесним і духовним, формування почуття довіри поняттям «тут» і «тепер». Психопрофілактична робота передбачає вплив на когнітивні процеси особистості для

підвищення її здатності приймати конструктивні рішення щодо власної поведінки. Соціальне навчання соціально-корисним навичкам допомагає активізувати особистісні ресурси, що реалізується через групові тренінги, участь у групах спілкування і особистісного зростання тощо [7].

Відомо, що надання психологічної допомоги буде ефективним за умови бажання змін з боку адикта. Тому основними завданнями психологічної інтервенції за адиктивної поведінки особистості є такі: створення сприятливих соціально-психологічних умов для особистісних змін або одужання; розвиток мотивації до соціальної адаптації або одужання; стимулювання особистісних змін; корекція поведінки з урахуванням специфіки її проявів у процесі психологічного консультування або психотерапії.

Однією із форм ефективної роботи, як для чоловіків, так і для жінок з адиктивною поведінкою, є групові, зокрема психологічні тренінги. Тренінги застосовують для реабілітації адиктів і для подолання посттравматичної залежності. При проведенні тренінгів необхідно враховувати психологічні механізми формування адикції, а саме:

- дисоціацію «розуму» і «тіла» внаслідок порушення переживання себе і своєї цілісності для пом'якшення фізичного чи душевного болю;
- екзистенціальну ізоляцію як наслідок переживання розриву між унікальним «Я» і «Іншими», що, у свою чергу може призвести до злиття, розчинення в іншому (як найрадикальніший засіб розсіювання тривоги через знищення самосвідомості, передачу контролю над своїм життям іншій людині);
- внутрішнє відчуття часу – проживання не в теперішньому часі, а поза ним, відсутність часової перспективи, зокрема, через відсутність передбачуваного майбутнього.

Висновки

Важливим чинником виникнення адиктивної поведінки є не лише особистісні особливості, а й гендерні аспекти, які можуть проявлятися фруструючими реакціями на регламентацію поведінки особистості відповідно до її статі. Психологічна допомога жінкам та чоловікам з адикцією повинна здійснюватися у напрямках психологічної превенції і психологічної інтервенції. Успішною формою роботи для адиктів є групові форми роботи у вигляді тренінгів. Основний зміст тренінгів складає робота з передачі особистості методів контролю і відповідальності за своє власне життя, ідентифікація ситуацій, в яких можливе формування шкідливих звичок, свідомої

відмови від деструктивних форм поведінки. Важливою складовою відновлення є проблема соціально-психологічної реабілітації (відновлення життєвих функцій особистості, дезадаптованої через адиктивну поведінку). Проблема адиктивної поведінки з урахуванням гендерного аспекта повинна обов'язково розв'язуватися на декількох рівнях: соціально-правовому (юридична підтримка, працевлаштування тощо); медичному (протирецидивна терапія, лікування супутніх соматичних і нервово-психічних захворювань); психологічному (активізація і розширення особистісних ресурсів, психологічна підтримка через консультування і психотерапію).

Список використаної літератури

1. Чудаєва Н. В. Девіантна поведінка підлітків: гендерні аспекти / Проблеми загальної психології та педагогіки / Н. В. Чудаєва // Збірник наукових праць Інституту психології ім. Г. С. Костюка НАПН України [Електронний ресурс]. – 2012. – Т. XI, Ч. 6. – С. 312–316. – Шлях доступу : http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/soc_gum/pzpp/2009_11_6/449-.pdf (дата звернення: 10.09.2016).
2. Бондарчук О. І. Психологія девіантної поведінки : курс лекцій / О. І. Бондарчук. – К. : МАУП, 2006. – 88 с.
3. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки : навч. посіб. / Н. Ю. Максимова. – К. : ВПУ «Київський університет», 2002. – 308 с.
4. Бендас Т. В. Гендерная психология / Т. В. Бендас. – СПб. : Питер, 2005. – 431 с.
5. Наркология. Психичні та поведінкові розлади, спричинені психоактивними речовинами / О. К. Напрєєнко, Л. В. Животовська, Н. Ю. Петрина, Л. В. Рахман ; за ред. О. К. Напрєєнка. – К. : Здоров'я, 2011. – 208 с.
6. Хорни К. Женская психология : сборник ; пер. с англ. / К. Хорни. – СПб. : Восточно-Европейский институт психоанализа, 1993. – 224 с.
7. Змановская Е. В. Девиантология: (психология отклоняющегося поведения) : учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. В. Змановская. – 5-е изд. – М. : Издательский центр «Академия», 2008. – 288 с.

References

1. Chudaeva, N. V. (2012). Deviantna povedinka pidlitkiv: henderni aspekty [Deviant behavior of adolescents: gender aspects]. *Zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H. S. Kostiuks Natsionalnoi APN Ukrainy. Problemy zahalnoi ta pedahohichnoi psykholohii* – Collection of scientific works of G. S. Kostyuk Institute of Psychology of the NAPS of Ukraine. *Problems of General and Educational Psychology*, vol. 11, issue 6, pp. 312-316. Retrieved from: http://www.nbuv.gov.ua/old_jrn/soc_gum/pzpp/2009_11_6/449-.pdf. (Accessed 10.09.2016).
2. Bondarchuk, O. I. (2006). *Psykholohiia deviantnoi povedinky: kurs lektsii* [Psychology of deviant behavior: course of lectures]. Kyiv, MAUP, 88 p.
3. Maksymova, N. Yu. (2002). *Psykholohiia adyktivnoi povedinky* [Psychology of addictive behavior]. Kyiv, VPU «Kyivskiy universytet», 308 p.
4. Bendas, T. V. (2005). *Gender naja psihologija* [Gender psychology]. Sankt Petersburg, Piter, 431 p.
5. Naprieienko, O. K., Zhyvotovska, L. V., Petryna, N. Yu., & Rakhman, L. V. (2011). *Narkolohiia. Psykhichni ta povedinkovi rozlady, sprychyneni psykhoaktyvnymy rehovynamy* [Narcology. Mental and behavioral disorders caused by substance]. O. K. Naprieienko (Ed.). Kyiv: Zdorov'ia, 208 p.
6. Horney, K. (1967, 1973, 1993). *Feminine Psychology* New York: W. W. Norton & Company Ltd., 269 p. (Russ. ed.: Horni, K. (1993). *Zhenskaja psihologija*. Sankt Petersburg, Vostochno-Evropejskij institut psihoanaliza, 224 p.).
7. Zmanovskaja, E. V. *Deviantologija: (psihologija otklonajushhegosja povedenija)* [Deviantology: (psychology of deviant behavior)]. (5th ed.). Moscow: Izdatel'skij centr «Akademija», 288 p.

ГЕНДЕРНЫЕ АСПЕКТЫ АДДИКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Г. А. Приб

Актуальность. Важными в гендерной психологии являются проблемы соматического, психического и сексуального здоровья семьи. Особой проблемой при оценке здоровья семьи являются аддиктивные расстройства женщин и / или мужчин, которые отражаются на их психопатологическом состоянии, уровне социального функционирования и качества жизни.

Цель – исследование гендерных особенностей аддиктивного поведения.

Результаты. Рассматриваются теоретические взгляды на гендерные особенности аддиктивного поведения. В современном обществе социально-ролевые функции мужчин и женщин испытывают серьезные изменения и демонстрируются противоположным полом. Изменение ролей является фрустрирующим фактором, что приводит к аддиктивному поведению. К факторам, провоцирующим аддиктивное поведение, относятся социальные, социально-психологические, психологические и биологические. Важным гендерным аспектом является длительность аддиктивного поведения.

Выводы. Психологическая помощь лицам с аддикциями должна осуществляться в направлениях психологической превенции и психологической интервенции. Успешной формой работы с лицами с аддикцией является групповая (тренинги). Основное содержание тренингов составляет работа по формированию у личности методов контроля и ответственности за свою жизнь, идентификация ситуаций, в которых возможно развитие аддикции, сознательного отказа от деструктивных форм поведения. Важной составляющей помощи является социально-психологическая реабилитация с восстановлением дезадаптированных жизненных функций личности. Проблема аддиктивного поведения с учетом гендерного аспекта должна обязательно решаться на социально-правовом (юридическая поддержка, трудоустройство), медицинском (противорецидивная терапия, лечение сопутствующих соматических и нервно-психических заболеваний), психологическом (активизация и расширение личностных ресурсов, психологическая поддержка через консультування и психотерапію) уровнях.

Ключевые слова: аддиктивное поведение, гендер, зависимость, психоактивные вещества.

GENDER ASPECT ADDICTIVE BEHAVIOR

G. A Prib

Background. In Gender Psychology there exist vital problems of somatic, mental and sexual family health. Family health assessment shows a special problem of female / male addictive disorders that affect psychopathological state, levels of social functioning and life quality.

Objective. Studies of gender-specific addictive behavior.

Results. The article highlights theoretical views analysis of addictive behavior gender peculiarities. Female / male social and role functions undergo transformations in modern society, that is being demonstrated by the opposite sex. Roles changing often becomes a frustrating factor, that leads to addictive behavior. Social, socio-psychological, psychological and biological are the factors of addictive behavior defined as provoking. The terms of addictive behavior formation are referred to an important gender aspect.

Conclusions. The psychological help for people with addictions should be

carried out in the areas of psychological prevention and intervention. Trainings represent a successful form of group therapy for the addicted. The main content of the training work is aimed at the transmission to the personality of his / her life control and responsibility methods, the identification of potentially hazardous situations of addictions development, conscious rejection of destructive behavior. Socio-psychological rehabilitation on restoration of maladjusted vital functions of the personality is an important care component. From gender perspective the problem of addictive behavior should be solved at levels of social and legal support (employment), medicine (relapse prevention treatment, somatic and neuropsychiatric concomitant disorders treatment), psychological assistance (activation and extension of personality resources, psychological support through counseling and psychotherapy).

Keywords: addictive behavior, gender, addiction, psychoactive substances.

Стаття надійшла до редакції 18.10.2016 р.

ПРИБ Гліб Анатолійович, д. мед. н., професор, завідувач кафедри психології та соціальної роботи Інституту підготовки кадрів Державної служби зайнятості України Міністерства соціальної політики України, м. Київ, Україна; e-mail: glebk60@gmail.com

ПРИБ Глеб Анатольевич, д. мед. н., профессор, заведующий кафедрой психологии и социальной работы Института подготовки кадров Государственной службы занятости Украины Министерства социальной политики Украины, г. Киев, Украина; e-mail: glebk60@gmail.com

PRIB Glib Anatoliiovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of Psychology and Social Work of Ukrainian State Employment Service Training Institute of Ministry of Social Policy of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: glebk60@gmail.com

СУДОВА ПСИХІАТРІЯ

УДК 616.89:355.292.3:340.63

О. П. Олійник, О. А. Ревенок, А. В. Каніщев, О. В. Радзевілова
ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТУ УЧАСНИКІВ БОЙОВИХ ДІЙ,
ЯКІ ПРОХОДЯТЬ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНУ ЕКСПЕРТИЗУ

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

Актуальність. Три роки війни принесли Україні не тільки тисячі жертв, мільйони переселенців, а ще й десятки злочинів, вчинених військовослужбовцями, які беруть участь в антитерористичній операції. З часів Афганської війни українські судові психіатри вперше зіткнулися з напливом таких випадків. З тих пір змінилося законодавство і введення інституту обмеженої осудності вимагає нових підходів до судово-психіатричної оцінки психічних розладів та заходів психореабілітації такого контингенту. З цією метою співробітники Українського науково-дослідного інституту соціальної, судової психіатрії і наркології проводять дослідження з вивчення всіх випадків судово-психіатричної експертизи учасників АТО, які вчинили злочини.

Матеріали та методи. Відібрана та проаналізована вибірка із 35 учасників АТО, відносно яких проводились судово-психіатричні експертизи впродовж 2014–2016 років. Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-психіатричного аналізу.

Результати. Аналіз показав, що всі підекспертні – особи виключно працездатного віку, скоюють переважно тяжкі злочини із застосуванням фізичного насильства, що спричиняє негативні соціально-демографічні та економічні наслідки для держави.

В обстежених осіб спостерігається достатньо високий показник наявності психічних розладів – 42,8 %, серед яких домінують ПТСР (17,2 %) та залежність від психоактивних речовин (8,6 %). Якщо діагноз «ПТСР» визначав експертне рішення щодо обмеженої осудності і давав можливість хоча б якогось доступу до амбулаторних заходів медичного характеру, то решта учасників бойових дій з психічними розладами (за винятком випадку шизофренії) були позбавлені будь-якої можливості пройти медико-психологічну реабілітацію. Це пов'язано з тим, що не розроблені критерії обмеженої осудності, відсутні спеціалізовані реабілітаційні центри для такого контингенту осіб в системі охорони здоров'я та пенітенціарних закладах.

Висновки. Україна зіткнулась з проблемою, актуальність якої зростає з кожним днем і потребує негайного вирішення на рівні наукових судово-психіатричних розробок та законодавчих змін у медичній, судовій та пенітенціарній галузях.

Ключові слова:
судово-психіатрична експертиза, психічні розлади, учасники бойових дій.

Актуальність. До останнього часу в українській судово-психіатричній експертній практиці посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) діагностували вкрай рідко, здебільшого – в потерпілих у кримінальних провадженнях, а також в учасників цивільних справ.

Відсутність однозначних підходів до судово-психіатричної оцінки посттравматичного стресового розладу зумовлена насамперед суперечливістю поглядів на клінічну сутність цього розладу. У ряді досліджень

підкреслюється недостатня чіткість і дискусійність критеріїв ПТСР та труднощі його доказової діагностики при проведенні судово-психіатричної експертизи, навіть при тому, що діагноз ПТСР сам по собі не визначає експертне рішення [1–3]. Важливе значення мають певні зміни в діагностичних критеріях ПТСР у новій американській класифікації DSM-V, які ще повною мірою не імplementовані судово-психіатричною практикою [4]. У багатьох публікаціях ПТСР пропонують розглядати як медичний

критерій обмеженої осудності або навіть неосудності [5–8]. Зазначається, що важливою складовою повного та неупередженого експертного дослідження має бути отримання документальних даних про військову службу підекспертного з метою об'єктивізації його участі в реальних бойових діях [9].

Мета роботи – проаналізувати практику проведення судово-психіатричних експертиз учасникам бойових дій, які скоїли кримінальні правопорушення, з подальшою розробкою нових підходів до судово-психіатричної оцінки психічних розладів та заходів психореабілітації такого контингенту осіб.

Матеріали та методи дослідження

Була відібрана та проаналізована вибірка із 35 підекспертних, які брали участь у бойових діях на Сході України та відносно яких проводились судово-психіатричні експертизи впродовж 2014–2016 років. Для аналізу та обробки даних застосовували анамнестичний, клініко-психопатологічний, соціально-демографічний, статистичний методи та метод судово-експертного аналізу.

Результати та їх обговорення

Усі підекспертні проходили судово-психіатричну експертизу як підозрювані або обвинувачені (підсудні) у кримінальних провадженнях. Жодний підекспертний не був у статусі свідка або потерпілого. Також серед дослідженої групи не було фігурантів цивільних справ.

У вибірці переважали особи віком від 20 до 30 років (18 випадків, 51,4 %). У підгрупі осіб віком до 20 років був один неповнолітній підекспертний (17 років на момент проведення експертизи). Абсолютно всі підекспертні були працездатного віку (табл. 1).

Таблиця 1. Розподіл підекспертних за віком

Віковий період	Абс. кількість	%
До 20 років	3	8,6
20–29 років	18	51,4
30–39 років	7	20,0
40–49 років	6	17,1
Більше 50 років	1	2,8
Усього	35	100

У дослідженій вибірці переважну більшість склали чоловіки (34 особи – 97,2 %), жінка була лише одна.

За військовим складом серед підекспертних переважали рядові – 31 (88,6 %), офіцерів було 3 (8,6 %), сержант – 1 (2,8 %).

Частка представників добровольчих батальйонів серед підекспертних становила 60 % (21 випадок). Це пов'язано з тим, що на початку бойових дій на Сході України у 2014 році добровольчі батальйони в екстрених умовах приймали до свого складу всіх бажаючих. Неочікуваність військового конфлікту й неготовність до нього відобразилася на якості відбору комбатантів. Проте згодом добровольчі батальйони офіційно увійшли до складу збройних сил України (ЗСУ). На сьогодні дисципліна та критерії відбору в добровольчі батальйони подекуди є вищими, ніж в інших військових угрупованнях. Це, відповідно, відображається на показниках криміногенності.

Впродовж 2015–2016 років частка підекспертних з добровольчих батальйонів знизилася, натомість зростає частка військовослужбовців регулярних частин ЗСУ.

З усього обстеженого контингенту підекспертних досвід військової служби до участі в АТО мали кадрові військові – 3 підекспертних (8,6 %); особи, що проходили строкову службу у збройних силах – 25 підекспертних (71,4 %), особи, які ніколи не служили в армії 7 (20 %) підекспертних.

У структурі правопорушень осіб, які брали участь у бойових діях, переважали злочини проти життя та здоров'я особи (24 вип., 68,6 %), а саме: вбивства (14 вип., 40 %), тяжкі тілесні ушкодження (7 вип., 20 %), хуліганські дії із спричиненням тілесних ушкоджень (3 вип., 8,6 %). Решту правопорушень становили: зґвалтування (1 вип., 2,8 %), незаконні операції зі зброєю (6 вип., 17,1 %), порушення уставу військової служби (4 вип., 11,4 %) (рис. 1).

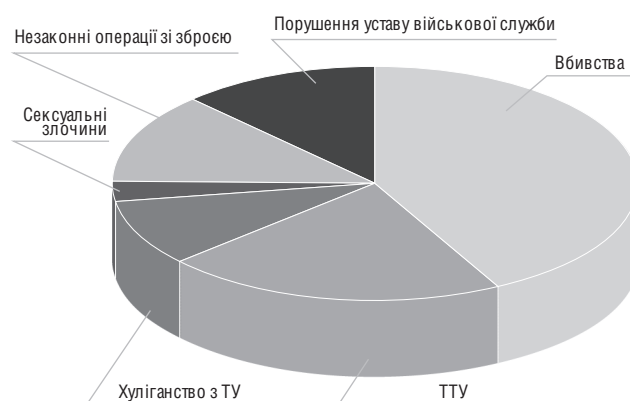


Рис. 1. Структура правопорушень підекспертних, які брали участь в АТО

При аналізі взаємозв'язків між характером правопорушень та іншими показниками було встановлено, що підекспертні в офіцерських званнях не скоювали злочини проти життя та здоров'я особи. Вони обвинувачувались в порушенні уставу військової служби та незаконних операціях зі зброєю.

Серед особливостей вчинення правопорушень привертають увагу такі обставини як високий відсоток перебування під впливом психоактивних речовин (переважно алкоголю) (27 вип., 77,1 %); скоєння правопорушення в ситуації конфлікту з потерпілим (24 вип., 68,6 %); застосування вогнепальної зброї (4 вип., 11,4 %) (рис. 2).

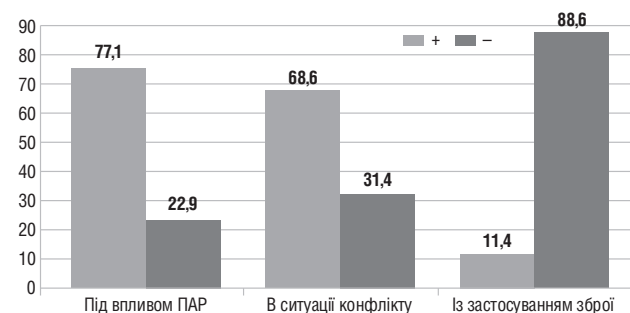


Рис. 2. Особливості вчинення правопорушень підекспертними, які брали участь в АТО

Безпосередньо в зоні АТО було скоєно 11 (31,4 %) правопорушень; у військових частинах поза межами бойових дій 2 (5,7 %) правопорушення. Більшість правопорушень

(22 вип., 62,9 %) були скоєні військовослужбовцями на мирній території України під час відпусток, відряджень або майже одразу після демобілізації. Така тенденція, напевно, вимагає окремого дослідження. Тим паче, що наслідком тривалого перебування особи безпосередньо у зоні бойових дій може бути не тільки розвиток тривожної та депресивної симптоматики у структурі психогенних розладів. Загалом такі наслідки можуть відбуватись в особистісних змінах військовослужбовців, що актуалізуються саме на мирній території. До таких особистісних змін належать, наприклад, появи підвищеної підозріливості (з можливим формуванням надцінних ідей та кумуляції негативних переживань з їх подальшою розрядкою), зміна життєвих принципів та ціннісних орієнтирів, загострення преморбідних рис, поява підвищеної дратівливості, розширення кола суб'єктивно значущих ситуацій, підвищення емоційності реагування у конфліктних суб'єктивно проблемних ситуаціях, легкість актуалізації збудливих (агресивних) форм реагування у конфліктних ситуаціях, що могли набутти типовості у поведінці в умовах бойових дій. Такі психологічні зміни особистості можуть загострюватись під впливом соціальних факторів, необхідності знову адаптуватись до зміни умов життєдіяльності («мирне життя – війна – мирне життя»), виснаження ресурсів адаптації, шкідливих звичок (особливо зловживання алкоголем) та можуть відобразитись у обставинах вчинення правопорушення. Тобто однозначно можна сказати, що основну роль у скоєнні правопорушень особами, які брали участь у бойових діях, відіграють особливості їх психологічного стану та емоційного реагування, безпосередньо ситуаційні та соціальні чинники.

Кримінальний анамнез мали 5 (14,3 %) осіб, які раніше притягались до кримінальної відповідальності, переважно за майнові злочини та хуліганство.

Задokumentовані поранення під час бойових дій отримали 24 (68,6 %) підекспертних. З них черепно-мозкові травми (переважно контузії) отримали 10 (28,6 %) підекспертних; фізичні поранення – 3 (8,6 %); комбіновані травми – 11 (31,4 %) осіб.

Підставами призначення СПЕ були переважно немотивована, нехарактерна для особистості тяжкість правопорушень, а також обставини та факти, які викликали підозру у психічному здоров'ї підозрюваних. Більшість експертиз, проведених учасникам бойових дій, були амбулаторними – 21 випадок (60 %), що пояснюється тим, що амбулаторні експертизи загалом мають більшу питому частку; тим більше, у деяких регіонах України відсутні стаціонарні судово-психіатричні відділення (табл. 2).

Таблиця 2. Розподіл підекспертних за формою проведення експертизи

Форма проведення експертизи	Абс. кількість	%
Амбулаторна	21	60,0
Стаціонарна	14	40,0
Усього	35	100

Переважну більшість проаналізованих експертних випадків складали первинні експертизи (97,1 %, 34 спостереження). Додаткових експертиз у вибірці не було взагалі, а повторна була лише одна. Разом із тим, у двох випадках експертизи, номінально позначені як первинні, де факто були додатковими (наприклад, після амбулаторної експертизи, в ході якої були вирішені всі експертні питання, призначалася стаціонарна з тим же самим колом завдань).

У цих двох випадках підставою для призначення додаткової експертизи була фактична відсутність згадки про психотравмуючі обставини участі в бойових діях у висновку первинної експертизи. Слід зазначити, що одна лише ця обставина не видавалася як необхідна та достатня для призначення саме стаціонарної експертизи. Водночас це свідчить про те, наскільки важливими є відображення та аналіз впливу ситуації участі у бойових діях та врахування можливості психогенних психічних порушень у таких підекспертних: повна відсутність такого аналізу привертала увагу учасників кримінального процесу, що згодом і ставало підставою для призначення додаткових експертиз.

У двох випадках (5,7 %) первинні стаціонарні експертизи проводилися після первинних амбулаторних, у ході яких діагностичні та експертні питання не були вирішені.

Серед проаналізованих експертиз однорідними судово-психіатричними були лише 16 (45,7 %), тоді як 19 (54,3 %) були комплексними судовими психолого-психіатричними. Така значна питома частка психолого-психіатричних експертиз є істотно більшою, порівняно із загальним контингентом підекспертних (10–12 %). Тенденцію переважання саме комплексних судових експертиз серед цього контингенту підтверджують офіційні статистичні дані.

Аналіз діагнозів, встановлених при проведенні судово-психіатричних експертиз, виявляє, що більш ніж у половині випадків (57,2 %, 20 спостережень) у підекспертних не було виявлено тих чи інших психічних розладів (табл. 3). Привертає увагу досить значна представленість психогенних психічних розладів (на момент проведення експертизи 6 випадків, 17,2 %). Слід зазначити, що серед цих випадків у п'яти підекспертних був діагностований ПТСР, ще в одному випадку – дисоціативний (конверсивний) розлад змішаного типу (цей розлад виник вже після подій інкримінованого правопорушення).

Окрім вказаних у таблицях 3 і 4 трьох випадків діагностованої залежності від психоактивних речовин, у досліджуваній вибірці були ще два випадки, коли таку залежність було діагностовано одночасно з іншими психічними розладами (один випадок – органічний розлад особистості, ще один випадок – розлад особистості). Тобто загалом залежність від психоактивних речовин у дослідженій вибірці діагностували майже у сьомій частині спостережень (14,3 %).

Таблиця 5. Розподіл підекспертних за характером психіатричного експертного висновку щодо здатності усвідомлювати свої дії та керувати ними в момент правопорушення (осудності)

Експертне рішення щодо осудності	Абс. кількість	%
Осудні	27	77,2
Обмежено осудні	5	14,3
Неосудні	1	2,8
Питання не вирішено (рекомендована стаціонарна експертиза)	2	5,7
Усього	35	100

Таким чином, переважна більшість досліджених підекспертних (77,2 %) були визнані осудними. Неосудним

Таблиця 3. Розподіл підекспертних за діагнозом психічного розладу (на момент інкримінованого правопорушення)

Діагноз	Абс. кількість	%
Психічно здорові	20	57,2
Органічні, у тому числі симптоматичні психічні розлади	2	5,7
Залежність від психоактивних речовин (за винятком тютюну)	3	8,6
Шизофренія	1	2,8
Невротичні, соматоформні та пов'язані зі стресом розлади	6	17,2
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих	1	2,8
Діагноз не встановлено, рекомендовано стаціонарну СПЕ	2	5,7
Усього	35	100

визнано лише одного підекспертного, у якого була діагностована параноїдна шизофренія.

У 5 випадках (14,3 %) підекспертні були визнані обмежено осудними. Привертає увагу те, що в усіх цих випадках був діагностований ПТСР, і обмежена осудність обґрунтовувалась клінічними проявами саме ПТСР. В одному із цих випадків ПТСР був діагностований одночасно із органічним емоційно лабільним розладом. Фактично, у досліджених спостереженнях обмежено осудними були визнані усі без винятку підекспертні, в яких на момент інкримінованого правопорушення був діагностований ПТСР. У ході проведення судово-психіатричної експертизи було виявлено, що насправді двоє підекспертних переносили розлади адаптації, клінічні прояви яких на момент проведення судово-психіатричної експертизи у цих підекспертних повністю редукувалися.

Висновки

Вищенаведений аналіз показав, що всі досліджені були особами виключно працездатного віку, скоювали переважно тяжкі злочини із застосуванням фізичного насильства, що спричиняє негативні соціально-демографічні та економічні наслідки для держави.

В обстежених осіб спостерігається достатньо високий показник наявності психічних розладів – 42,8 %, серед яких домінують ПТСР (17,2 %) та залежність від психоактивних речовин (8,6 %). Як свідчать результати дослідження, діагноз ПТСР де факто визначав експертне рішення про обмежену осудність. Отримані дані зумовлюють нагальну необхідність уточнення експертних критеріїв обмеженої осудності при ПТСР, а також створення спеціалізованих реабілітаційних центрів (програм) для такого контингенту осіб в системі охорони здоров'я та в пенітенціарній системі.

Список використаної літератури

1. Courts' misplaced confidence in psychiatric diagnoses / G. W. Mellsop, D. Fraser, R. Tapsell, D. B. Menkes // *International Journal of Law and Psychiatry*. – 2011. – Vol. 34, № 5. – P. 331–335.
2. Stojaković M. B. Forensic psychiatric expertise: posttraumatic stress disorder / M. B. Stojaković // *Srpski arhiv za celokupno lekarstvo*. – 2011. – Vol. 139, Suppl. 1. – P. 46–51.

Таблиця 4. Розподіл підекспертних за діагнозом психічного розладу (на момент проведення експертизи)

Діагноз	Абс. кількість	%
Психічно здорові	22	62,9
Органічні, у тому числі симптоматичні психічні розлади	2	5,7
Залежність від психоактивних речовин (за винятком тютюну)	3	8,6
Шизофренія	1	2,8
Невротичні, соматоформні та пов'язані зі стресом розлади	4	11,4
Розлади зрілої особистості та поведінки у дорослих	1	2,8
Діагноз не встановлено, рекомендовано стаціонарну СПЕ	2	5,7
Усього	35	100

3. Stevens A. Forensic assessment of DSM-5 posttraumatic stress disorder: a commentary on the transition from DSM-IV-TR (I) [Article in German] / A. Stevens, M. Fabra // *Versicherungsmedizin*. – 2013. – Hrg. 65, № 4. – S. 191–196.
4. Levin A. P. DSM-5 and posttraumatic stress disorder / A. P. Levin, S. B. Kleinman, J. S. Adler // *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*. – 2014. – Vol. 42, № 2. – P. 146–158.
5. Зайцева Е. А. Атипичные формы посттравматического стрессового расстройства (клинический и судебно-психиатрический аспекты). : автореф. дис. На соискание ученой степени канд. мед. наук: 14.01.06. / Е. А. Зайцева – М., 2014. – 23 с.
6. Фастовцов Г. А. ПТСР и коморбидные психические расстройства / Г. А. Фастовцов, Е. А. Соколова // *Российский психиатрический журнал*. – 2012. – № 3. – С. 77–82.
7. Frierson R. L. Combat-related posttraumatic stress disorder and criminal responsibility determinations in the post-Iraq era: a review and case report / R. L. Frierson // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2013. – Vol. 41, № 1. – P. 79–84.
8. Wortzel H. S. Combat veterans and the death penalty: a forensic neuropsychiatric perspective / H. S. Wortzel, D. B. Arciniegas // *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. – 2010. – Vol. 38, № 3. – P. 407–414.
9. Critical concerns in Iraq/Afghanistan war veteran — forensic interface: combat-related postdeployment criminal violence / S. Sreenivasan, T. Garrick, J. McGuire, D. E. Smee [et al.] // *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*. – 2013. – Vol. 41, № 2. – P. 263–273.

References

1. Mellsop, G. W., Fraser, D., Tapsell, R., & Menkes, D. B. (Sep 2011). Courts' misplaced confidence in psychiatric diagnoses. *International Journal of Law and Psychiatry*, vol. 34, issue 5, pp. 331–335. Doi: 10.1016/j.jljp.2011.08.005.
2. Stojaković, M. B. (Dec 2011). Forensic psychiatric expertise: posttraumatic stress disorder. *Srp Arh Celok Lek*, no. 139, suppl. 1, pp. 46–51.
3. Stevens, A., & Fabra, M. (1 Dec 2013). Forensic assessment of DSM-5 posttraumatic stress disorder: a commentary on the transition from DSM-IV-TR (I) [Article in German]. *Versicherungsmedizin*, vol. 65, issue 4, pp. 191–196.
4. Levin, A. P., Kleinman, S. B., & Adler, J. S. (2014). DSM-5 and posttraumatic stress disorder. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 42, issue 2, pp. 146–158.
5. Zaytseva, Y. A. (2014). Atipichnye formy posttravmaticheskogo stressovogo rasstroystva (klinicheskij i sudebno-psihicheskij aspekty). Avtoreferat diss. cand. med. nauk [Atypical forms of posttraumatic stress disorder (clinical and forensic psychiatric aspects). Synopsis of PhD med. sci. diss.]. Moscow, 23 p.
6. Fastovcov, G. A., & Sokolova, E. A. (2012). PTSD i komorbidniye psichicheskiye rasstroystva [PTSD and comorbid mental disorders]. *Rossiyskiy psichicheskij zhurnal – Russian Journal of Psychiatry*, no. 3, pp. 77–82.
7. Frierson, R. L. (2013). Combat-related posttraumatic stress disorder and criminal responsibility determinations in the post-Iraq era: a review and case report. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 41, issue 1, pp. 79–84.
8. Wortzel, H. S., & Arciniegas, D. B. (2010). Combat veterans and the death penalty: a forensic neuropsychiatric perspective. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, vol. 38, issue 3, pp. 407–414.
9. Sreenivasan, S., Garrick, T., McGuire, J., Smee, D. E., Daw, D., & Woehl, D. Critical concerns in Iraq/Afghanistan war veteran – forensic interface: combat-related postdeployment criminal violence. *Journal of American Academy of Psychiatry and Law*, vol. 41, issue 2, pp. 263–273.

ХАРАКТЕРИСТИКА КОНТИНГЕНТА УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ, КОТОРЫЕ ПРОХОДЯТ СУДЕБНО-ПСИХИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ

О. П. Олейник, А. А. Ревенко, А. В. Канищев, А. В. Радзевилова

Актуальность. Три года войны принесли Украине не только тысячи жертв, миллионы переселенцев, но и десятки преступлений, совершенных военнослужащими, принимающими участие в антитеррористической операции. Со времен Афганской войны украинские судебные психиатры впервые столкнулись с наплывом таких случаев. С тех пор изменилось законодательство и введение института ограниченной вменяемости требует новых подходов к судебно-психиатрической оценке психических расстройств и разработке программ психореабилитации такого контингента. С этой целью сотрудники Украинского научно-исследовательского института социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины проводят исследования по изучению всех случаев судебно-психиатрической экспертизы участников АТО, которые совершили правонарушения.

Материалы и методы. Была отобрана и проанализирована выборка из 35 участников АТО, относительно которых проводились судебно-психиатрические экспертизы в течение 2014–2016 годов. Для анализа и обработки данных использовались анамнестический, клинично-психопатологический, социально-демографический, статистический методы и метод судебно-психиатрического анализа.

Результаты. Анализ показал, что все подэкспертные – лица исключительно трудоспособного возраста, совершают преимущественно тяжкие преступления с применением физического насилия, что влечет негативные социально-демографические и экономические последствия для государства.

У обследованных лиц наблюдается достаточно высокий показатель наличия психических расстройств – 42,8 %, среди которых доминируют ПТСР (17,2 %) и зависимость от психоактивных веществ (8,6 %). Если диагноз ПТСР определял экспертное решение об ограниченной вменяемости и давал возможность хотя бы какого-то доступа к амбулаторным мерам медицинского характера, то остальные участники боевых действий с психическими расстройствами (за исключением случая шизофрении) были лишены любой возможности пройти медико-психологическую реабилитацию. Это связано с неразработанностью критериев ограниченной вменяемости, отсутствием специализированных реабилитационных центров для такого контингента лиц в системе здравоохранения и пенитенциарных заведениях.

Выводы. Украина столкнулась с проблемой, актуальность которой растет с каждым днем и требует немедленных путей решения на уровне научных судебно-психиатрических разработок и законодательных изменений в медицинской, судебной и пенитенциарной сферах.

Ключевые слова: судебно-психиатрическая экспертиза, психические расстройства, участники боевых действий.

CHARACTERISTICS OF THE CONTINGENT OF COMBATANTS, WHO UNDERGO FORENSIC-PSYCHIATRIC EVALUATION

O. P. Oliynyk, O. A. Revenok, A. V. Kanishchev, O. V. Radzevilova

Background. Three years of war have brought Ukraine not only thousands of victims, millions of displaced people, but also dozens of crimes committed by servicemen who taking a part in anti terroristic operations. Since the days of the Afghan war, Ukrainian forensic experts for the first time faced an influx of such cases. Therefore, active legislation as amended since then and introduction of partial insanity now require new approaches to forensic psychiatric evaluation of mental disorders and to develop new programs of psycho rehabilitation for such contingent.

To this purpose staff of the Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine are carrying out study on all cases of forensic psychiatric evaluation people who had been taking a part in the Anti-Terrorist Operation (ATO) and committed crimes.

Materials and methods. Was selected and analyzed a sample of 35 forensic evaluations to participants ATO, which were held forensic psychiatric examination during 2014–2016 years. Anamnestic, clinical, psychopathological, socio-demographic, statistical and forensic analysis methods were used.

Results. The analysis showed that all of the subjects were exclusively working age, and mainly committed serious crimes with the use of physical violence, which leading to negative socio-demographic and economic consequences for the state.

Among this people were found a fairly high incidence of mental disorders (42.8%), in which were dominated PTSD (17.2 %) and substance dependence (8.6%). If the diagnosis is PTSD is determined by an expert decision on partial insanity and gives possibility for at least some access to ambulatory measures of a medical nature however other combatants with mental disorders (except in the case of schizophrenia) were deprived of any opportunity to pass medical and psychological rehabilitation.

Conclusions. Ukraine has faced with the problem, the relevance of which is growing every day and requires immediate ways at solving scientific forensic developments and legislative changes in the medical, judicial and prison sectors.

Keywords: forensic psychiatric expertise, mental disorders, servicemen who taking a part in Anti terroristic operations.

Стаття надійшла до редакції: 29.09.2016 р.

ОЛІЙНИК Оксана Петрівна, к.мед.н., с.н.с., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України (УНДІ ССПН МОЗ України), м. Київ, Україна; e-mail: sudprof@ukr.net

РЕВЕНКО Олександр Анатолійович, д.мед.н., професор, керівник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна

КАНИЩЕВ Андрій Вячеславович, к.мед.н., провідний науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: editor@psychiatry.ua

РАДЗЕВИЛОВА Олександра Володимирівна, науковий співробітник відділу комплексної судово-психіатричної експертизи УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: alexic@list.ru

ОЛЕЙНИК Оксана Петровна, к.мед.н., с.н.с., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы Украинского научно-исследовательского института социальной и судебной психиатрии и наркологии Министерства здравоохранения Украины (УНДІ ССПН МЗ Украины), г. Киев, Украина; e-mail: sudprof@ukr.net

РЕВЕНКО Александр Анатольевич, д.мед.н., профессор, руководитель отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина

КАНИЩЕВ Андрей Вячеславович, к.мед.н., ведущий научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: editor@psychiatry.ua

РАДЗЕВИЛОВА Александра Владимировна, научный сотрудник отдела комплексной судебно-психиатрической экспертизы УНДІ ССПН МЗ Украины, г. Киев, Украина; e-mail: alexic@list.ru

OLIINYK Oksana Petrivna, MD, PhD, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination of Ukrainian research Institute of social and forensic psychiatry and Drug Abuse Ministry of Health of Ukraine (URI SFPDA MHU), Kyiv, Ukraine; e-mail: sudprof@ukr.net

REVENOK Oleksandr Anatoliiovych, MD, Sc.D., Professor, Head of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine

KANISHCHEV Andriy Vyacheslavovych, MD, PhD, Leading researcher of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: editor@psychiatry.ua

RADZEVILOVA Oleksandra Volodymyrivna, Research associate of the Department of complex forensic-psychiatric examination of URI SFPDA MHU, Kyiv, Ukraine; e-mail: alexic@list.ru

ДИСКУСІЙНИЙ КЛУБ

УДК 616.899.2:616-056.3:616-052:616-08

І. Д. Спіріна, С. В. Рокутов, А. В. Шорніков
 ПРОБЛЕМИ НАДАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ
 ПАЦІЄНТАМ З РОЗУМОВОЮ ВІДСТАЛІСТЮ
 ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро
 psychiatry@dma.dp.ua

Актуальність. Серед невирішених питань охорони психічного здоров'я суттєве місце посідає надання психіатричної допомоги пацієнтам з розумовою відсталістю, переважно дитячого віку. Значна кількість хворих цієї категорії підсилює актуальність проблеми.

Мета – на основі аналізу результатів сучасних досліджень щодо надання психофармакологічної допомоги хворим на розумову відсталість визначити основні підходи до призначення нейролептичної терапії.

Матеріали та методи. Дослідження базується на вивченні матеріалів, отриманих із відкритих джерел інформації, з використанням методів порівняння, аналізу, синтезу та узагальнення.

Результати. На сучасному етапі реформування вітчизняної медичної галузі психіатрична допомога хворим на розумову відсталість здійснюється за нормативами, які не містять показань для призначення нейролептиків. Відсутність обмежень сприяє збільшенню випадків призначення таким хворим нейролептичних препаратів з метою корекції поведінки. При цьому не враховується можливий негативний вплив нейролептиків на когнітивні функції у дітей з розумовою відсталістю.

З урахуванням світового досвіду запропоновано низку послідовних заходів для подолання цієї проблеми.

Висновки. Відсутність юридично закріплених показань до застосування лікарських засобів призводить до випадків необґрунтованого використання нейролептичної терапії у пацієнтів з розумовою відсталістю, особливо в дитячому віці.

При розробці документів, що регламентують медичну допомогу цим особам, мають бути враховані принципи та вичерпні показання для призначення нейролептичної терапії.

Ефективному вирішенню питання сприятиме об'єднання зусиль вчених і представників громадськості.

Ключові слова:
 психіатрична
 допомога, розумова
 відсталість, лікування,
 нейролептична терапія.

Актуальність. Одним із основних прав, закріплених Конституцією України, є право на отримання медичної допомоги. Надання психіатричної допомоги визначається Законом України «Про психіатричну допомогу» та відповідними підзаконними актами Міністерства охорони здоров'я України. У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2015 році третє місце посідали розлади психіки через розумову відсталість – 536,0 на 100 тисяч населення [1].

Мета – на основі аналізу результатів сучасних досліджень щодо надання психофармакологічної допомоги хворим на розумову відсталість визначити основні підходи до призначення нейролептичної терапії.

Результати та їх обговорення

Згідно з Європейським планом дій з охорони психічного здоров'я, перед психіатричною допомогою постають наступні завдання [2], про які не варто забувати при лікуванні хворих з розумовою відсталістю:

- послуги з охорони психічного здоров'я доступні, надаються компетентними фахівцями і можуть бути отримані за місцем проживання відповідно до потреб;
- люди мають право на безпечне та ефективне лікування при поважному до них ставленні;
- системи охорони здоров'я надають всім людям якісну загальномедичну і психіатричну допомогу;

- системи охорони психічного здоров'я повинні працювати в добре скоординованому партнерстві з іншими секторами.

Вітчизняна система охорони здоров'я поступово переходить на принципи доказової медицини. Нова система стандартизації медичної допомоги представлена трьома типами документів: клінічні керівництва, медичні стандарти та клінічні протоколи. На сьогодні тривають послідовні розробка та прийняття цих документів за спеціальностями «Психіатрія» і «Дитяча психіатрія».

Проте документи, які б регламентували медичну допомогу особам з розумовою відсталістю, ще не розроблені.

Так, досі ще чинний наказ МОЗ № 502 від 28.12.2002 «Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних установ» [3], у якому в якості лікування вказуються ноотропні препарати, адаптогени, нейролептики, антидепресанти, транквілізатори; психотерапія; логопедично-дефектологічна корекція; розв'язання медико-соціальних питань та розробка індивідуального плану медико-соціальних реабілітаційних заходів. При цьому показання для призначення нейролептиків не вказані.

Вочевидь назріла необхідність прийняття чітких, юридично закріплених показань до застосування медикаментів, насамперед нейролептиків, для лікування даної категорії хворих.

На жаль, сьогодні на практиці ми бачимо, що саме нейролептична терапія є першим вибором для корекції порушеної поведінки у осіб з розумовою відсталістю, а інші методи, наприклад, когнітивно-поведінкова терапія, не використовуються.

При проведенні нейролептичної терапії у дітей з розумовою відсталістю необхідно враховувати її можливий негативний вплив на когнітивні функції. Наприклад, при лікуванні розладів поведінки у розумово відсталих осіб небажане тривале використання галоперидолу або аміназину, які можуть негативно вплинути на сприйняття, мислення і здатність до навчання.

Визначимо шляхи покращення ситуації:

1. Нам слід спочатку по-іншому поглянути на коморбідність розумової відсталості та інших психічних розладів, і тоді діагностовані у пацієнтів інші психічні розлади ми будемо лікувати відповідно до рекомендацій щодо лікування цих патологій.

2. Розробити і прийняти клінічні протоколи з надання допомоги хворим з розумовою відсталістю, приділити при цьому особливу увагу питанням фармакотерапії при порушеннях поведінки у даного контингенту хворих.

3. У цих протоколах слід особливо підкреслити, що використання нейролептиків є лише однією з багатьох стратегій, які можуть бути використані для корекції порушень поведінки у осіб з розумовою відсталістю. Медикаментозне лікування повинно бути забезпечено в контексті ретельно розробленої індивідуалізованої програми догляду після належного обговорення з пацієнтом з розумовою відсталістю, його опікунами та іншими фахівцями, які беруть участь в догляді за ним.

4. При розробці національних клінічних рекомендацій логічно використовувати світовий досвід, наприклад принципи, викладені в клінічних рекомендаціях Національного

інституту охорони здоров'я Великобританії «Зухвала поведінка і розумова відсталість: профілактика і заходи для людей з обмеженими можливостями навчання з порушеною поведінкою» [4], в яких зазначені наступні принципи:

- визначення цільової поведінки;
- моніторинг ефективності фармакотерапії, в тому числі частоти і тяжкості порушення поведінки і їх впливу на функціонування пацієнта;
- початок лікування нейролептиками з низької дози і застосування мінімально ефективної дози та надання переваги монотерапії;
- використання мінімально необхідної тривалості лікування;
- жорсткий моніторинг побічних ефектів;
- припинення лікування, якщо немає ніяких ознак відповіді через 6 тижнів.

Висновки

На сьогодні в Україні відсутні юридично закріплені показання для застосування нейролептичної терапії у осіб з розумовою відсталістю. Одне з найважливіших стратегічних завдань у організації допомоги таким особам – формування адекватного погляду на проблему використання нейролептиків для їх лікування.

Ефективне вирішення цього завдання можливе лише за об'єднання зусиль вчених і представників громадянського суспільства.

Першочергова ціль – створення робочих груп для обговорення цієї проблеми та розробка клінічних протоколів і настанов з діагностики та лікування розумової відсталості як у дітей, так і у дорослих, спираючись на міжнародний досвід.

Список літератури

1. Динаміка психічного здоров'я населення України в період 2013–2015 рр. / І. Я. Пінчук, О. О. Петриченко, О. В. Колодезний, І. Ф. Здорик // Архів психіатрії. – 2016. – Т. 22, № 2 (85). – С. 20–27.
2. Европейський план дій по охороні психічного здоров'я // Український вісник психоневрології. – 2013. – Т. 21, № 4 (77). – С. 162–177.
3. Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів: наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 502 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_502.html – Назва з екрана. (доступ 22.11.2016)
4. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE guideline [NG11]. – National Institute for Health and Care Excellence 2015. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/chapter/1-Recommendations#medication-3> – Назва з екрана. (доступ 22.11.2016).

References

1. Pinchuk, I. Ya., Petrichenko, O. O., Kolodezhny, O. V., & Zdoryk, I. F. (2016). Dynamika psykichnoho zdorov'ia naselennia Ukrainy v period 2013–2015 rr. [Dynamics of the mental health of population of Ukraine during 2013–2015]. *Arkhiv psykhiatrii* – Archives of psychiatry, vol. 22, no. 2 (85), pp. 20–27.
2. Evropejskij plan dejstv'ij po ohrane psichicheskogo zdorov'ja [The European Mental Health Action Plan]. (2013). *Ukrains'kyi visnyk psikhonevrologii* – Ukrainian Journal psychoneurology, vol. 21, issue 4 (88), pp. 162–177.
3. Pro zatverdzhennia Tymchasovykh normatyviv nadannia medychnoi dopomohy dytiachomu naselenniu v umovakh ambulatorno-poliklinichnykh zakladiv: nakaz MOZ Ukrainy vid 28.12.2002 № 502 [On approval of Temporary standards of medical care to children in terms of ambulatory clinics, Decree Ministry of Health of Ukraine № 502 by 28.12.2002]. Retrieved from: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20021228_502.html (accessed 22.11.2016).
4. Challenging behaviour and learning disabilities: prevention and interventions for people with learning disabilities whose behaviour challenges. NICE guideline [NG11]. (May 2015). National Institute for Health and Care Excellence. Retrieved from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng11/chapter/1-Recommendations#medication-3> (accessed 22.11.2016).

ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ

И. Д. Спирина, С. В. Рокутов, А. В. Шорников

Актуальность. Среди нерешенных вопросов охраны психического здоровья существенное место занимает оказание психиатрической помощи пациентам с умственной отсталостью, преимущественно детского возраста. Значительное число таких больных усиливает актуальность проблемы.

Цель. На основе анализа результатов современных исследований о предоставлении психофармакологической помощи больным с умственной отсталостью определить основные подходы к назначению нейролептической терапии.

Материалы и методы. Исследование базируется на изучении материалов, полученных из открытых источников информации, с использованием методов сравнения, анализа, синтеза и обобщения.

Результаты. На современном этапе реформирования отечественной медицинской отрасли психиатрическая помощь больным с умственной отсталостью осуществляется согласно нормативам, которые не содержат показаний для назначения нейролептиков. Отсутствие ограничений способствует увеличению случаев назначения нейролептических препаратов таким больным с целью коррекции поведения. При этом не учитывается возможное негативное влияние нейролептиков на когнитивные функции у детей с умственной отсталостью.

С учетом мирового опыта предложен ряд последовательных мер для преодоления этой проблемы.

Выводы. Отсутствие юридически закрепленных показаний к применению лекарственных средств приводит к случаям необоснованного использования нейролептической терапии у лиц с умственной отсталостью, особенно в детском возрасте.

При разработке документов, регламентирующих медицинскую помощь этим лицам, должны быть учтены принципы и исчерпывающие показания для назначения нейролептической терапии.

Эффективному решению вопроса будет способствовать объединение усилий ученых и представителей общественности.

Ключевые слова: психиатрическая помощь, умственная отсталость, лечение, нейролептическая терапия.

PROBLEMS OF PROVIDING PSYCHIATRIC CARE TO PATIENTS WITH MENTAL RETARDATION

I. D. Spirina, S. V. Rokutov, A. V. Shornikov

Background. Among the outstanding issues of mental health occupies a significant place providing mental health care to patients with mental retardation, especially childhood. A significant number of these patients increases the actuality of the problem.

Objective: identification the main approaches to the appointment of neuroleptic treatment based on the analysis of the results of current research to provide psychopharmacological care for patients with mental retardation.

Methods and materials. The research is based on a study of the materials obtained from public information sources, using the reference methods of analysis, synthesis and generalization.

Results. At the present stage of reforming the domestic medical industry psychiatric care to patients with mental retardation is performed according to standards, which do not contain indications for neuroleptics.

No restrictions increases the cases of appointment of antipsychotic drugs to correct the behavior of such patients. It does not take into account the possible negative effect of neuroleptics on cognitive function in children with mental retardation.

Taking into account the world experience offers a number of coherent measures to overcome this problem.

Conclusions. The lack of legally binding indications for the use of drugs leads to cases of unjustified use of neuroleptic therapy in these individuals, especially during childhood.

In the development of documents regulating medical care for persons with mental retardation should be taken into account the principles and comprehensive indications for appointment of neuroleptic therapy.

Effective solution of the problem will help to bring together scientists and members of the public.

Keywords: psychiatric care, mental retardation, treatment, neuroleptic therapy.

Стаття надійшла до редакції 24.11.2016 р.

СПІРИНА Ірина Дмитрівна, д. мед. н., професор, Заслужений лікар України, завідувач кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

РОКУТОВ Сергій Вікторович, к. мед. н., доцент кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

ШОРНИКОВ Андрій Володимирович, асистент кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпро, Україна; e-mail: shornikov@ukr.net

СПИРИНА Ирина Дмитриевна, д. мед. н., профессор, Заслуженный врач Украины, заведующая кафедрой психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

РОКУТОВ Сергей Викторович, к. мед. н., доцент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

ШОРНИКОВ Андрей Владимирович, ассистент кафедры психиатрии, общей и медицинской психологии ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепр, Украина; e-mail: shornikov@ukr.net

SPIRINA Iryna Dmytrivna, Sc.D., Professor, Honored doctor of Ukraine, Head of Department psychiatry, general and medical psychology SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

ROKUTOV Serhii Viktorovich, Ph.D., associate professor of Department psychiatry, general and medical psychology SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine; e-mail: psychiatry@dma.dp.ua

SHORNIKOV Andrii Volodymyrovych, assistant of Department psychiatry, general and medical psychology SE «Dnipropetrovsk medical academy of Health Ministry of Ukraine», Dnipro, Ukraine; e-mail: shornikov@ukr.net

КОНФЕРЕНЦІЇ. СИМПОЗІУМИ. ШКОЛИ

VI ЛЬВІВСЬКІ ПСИХІАТРИЧНІ ЗУСТРІЧІ: «МІФИ, ЯКІ ЗАВЖДИ З НАМИ
(АБО ДЕЯКІ АСПЕКТИ СУСПІЛЬНОГО БОЖЕВІЛЛЯ)»

28–29 жовтня у конференц-залі Львівської духовної семінарії Св. Духа відбувся неординарний за форматом та спрямуванням захід – VI Львівські психіатричні зустрічі. З кожним роком до нього долучається все більше фахівців, і, як зазначив президент Асоціації психіатрів України Семен Фішельович Глузман, зростання кількості молодих облич не тільки тішить, а й зміцнює віру в наше майбутнє. Атмосфера, що склалась за шість років поспіль, сприяла відвертим роздумам, дискусіям та обміну власним досвідом щодо актуальних проблем сфери охорони психічного здоров'я в Україні за участі провідних українських та закордонних фахівців

Тема шостих зустрічей була вибрана не випадково. В час, коли Україна протистоїть військовій агресії, коли стрімко змінюється життя кожного українця, перед суспільством загалом та лікарями-психіатрами зокрема, постають нові питання й виклики, долаючи які ми неодмінно стикаємося з різними міфами, табу та деякими аспектами суспільного божевілля.

Психіатр **Джана Джавахішвілі** з Грузії титульною лекцією «Колапс часу: коли минуле стає теперішнім. Передавання травми з покоління в покоління» підняла питання значення феномена передачі травми крізь покоління. «Важливість відпрацювання травми як на рівні особистості, так і на рівні суспільства, є необхідною передумовою для розвитку. Але, на жаль, є суспільства з невідпрацьованою травмою, що може розвинути суспільне безумство», – зазначила вона.

Професор психіатрії Каліфорнійського Університету Сан Дієго, директор центру досліджень залежної поведінки **Ігор Куценко** (США) у своїй доповіді відкрив дискусію щодо доцільності розділення наркології та психіатрії. Він дослідив передумови та причини такого поділу, висвітлив деякі біологічні аспекти виникнення станів залежності та запропонував розглядати залежність як захворювання мозку з наступними персистуючими поведінковими проявами, як процес, який розвивається в певному еволюційному, середовищному і соціальному контекстах. Розглянув основні характеристики різних систем лікування станів залежності (роздільного, послідовного, паралельного, інтегрованого). Підкреслив необхідність ґрунтування лікування на філософії підходу до хронічних біосоціальних станів, а не на епізодичних медичних інтервенціях.

Продовжила тему дихотомії в психіатрії директор Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології, д. мед. н., с. н. с. **Ірина Яківна Пінчук** доповіддю «Наркологія в Україні: зручне міфотворення та невблаганні цифри». Спираючись на дані офіційної статистики, Ірина Яківна окреслила коло основних проблем: перше місце в структурі захворюваності та поширеності психічних розладів в Україні припадає на розлади психіки та поведінки через вживання психоактивних речовин (ПАР); кожен третій наркохворий отримує стаціонарне лікування в психіатричному закладі; при цьому немає інвалідів та пільгової категорії пацієнтів з вадами психічного здоров'я внаслідок розладів психіки та поведінки через вживання ПАР;

відсутня робота з оформлення медичної документації щодо первинного та чергового проходження МСЕК та направлення пацієнтів до будинків-інтернатів психоневрологічного профілю (як в амбулаторних, так і у стаціонарних умовах); в наркологічних закладах України не застосовуються стаціонарні й амбулаторні примусові заходи медичного характеру (тобто пацієнтами з розладами психіки та поведінки через уживання ПАР, які вчинили правопорушення, займаються психіатри); в Україні відсутні наркофтізіатричні відділення (при цьому близько 60 % пацієнтів психофтізіатричних відділень – це пацієнти з розладами психіки та поведінки через вживання ПАР); немає підготовлених фахівців для надання допомоги дітям з розладами психіки та поведінки через вживання ПАР; нерегульована нормативно-правова база щодо проведення психіатричних / наркологічних оглядів тощо.

Наприкінці першого дня конференції відбулася нарада головних позаштатних спеціалістів зі спеціальностей «Психіатрія» та «Наркологія», на якій провідні фахівці мали змогу обговорити нові нормативні документи, питання вдосконалення системи організації психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я, нові форми надання амбулаторної психіатричної допомоги у поза-стаціонарних умовах тощо.

Соціолог **Юлія Пієвська** підняла досить дискусійну тему – визначення екстрасенсорних можливостей та особливості реєстрації осіб, які займаються нетрадиційною і народною медициною. Особливу увагу вона приділила питанню біоенергоінформтерапії, роботі департаменту народної медицини МОЗ України та критеріям оцінки компетентностей фахівців для отримання дозволів на заняття народною медициною.

Логічним продовженням обговорення теми нетрадиційної медицини стала доповідь **Євгенії Панічевської**, голови БФ «Асоціація батьків дітей з аутизмом», матері 10-річного хлопчика з аутизмом, про «Джерела віри в лікувальні властивості коней та дельфінів». На її думку, **лікування тваринами – це часто компенсація стосунків з батьками. «Деякі батьки продають квартири лише для того, щоб пройти цей курс, але результат дуже незначний. Попри це, батьки таких дітей раді будь-яким маленьким змінам. Одна сім'я раділа з того, що після курсу дитина навчилася тримати ложку. Але хіба цього не могла навчити людина?»**, – зауважила **Є. Панічевська**.

Питання критеріїв нормативного розвитку дітей підняла у своїй презентації дитячий психіатр з багаторічним стажем, співзасновник Асоціації поведінкових аналітиків України **Ольга Віталіївна Доленко**. Для того, щоб побачити значимі поведінкові патерни, необхідно спостерігати за реакцією на втручання, а не тільки концентруватися на рівні володіння навичками. Лише правильно розставлені пріоритети в терапії психічних та поведінкових розладів у дітей, розуміння зони відповідальності кожного учасника діагностично-лікувального процесу, дозволять домогтися значних результатів.

Про міфи, які стосуються недієздатності через призму історії та основ сучасного законодавства, розповів заступник директора з наукової роботи і судової психіатрії та експертизи Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, к. мед. н. **Сергій Сергійович Шум**. Сучасне правове становище та система надання допомоги людям з вадами психічного здоров'я потребують фундаментального переосмислення фахівцями у галузі права та психіатрії й приведення нормативно-правової бази у відповідність до норм міжнародного законодавства.

В своїй доповіді про «епідемію» суїцидів в українському війську лікар-психолог **Ячнік Юлія Вікторівна** представила сучасні дані щодо завершених суїцидів серед військових-учасників АТО. Аналіз отриманих у дослідженні результатів дозволив виявити основні характеристики групи ризику та оголив маловивчені аспекти цієї проблеми. Рівень профілактики самогубств є недостатнім через відсутність розуміння масштабів проблеми та існування у більшості спільнот табу щодо відкритого її обговорення.

Цікавою та актуальною була доповідь д. мед. н., професора Харківської медичної академії післядипломної освіти **Маріанни Владиславівни Маркової** «Психологічні аспекти інформаційної війни. Століття XXI». Використання інформаційних технологій для впливу та управління людьми як самостійний засіб агресії та спосіб потенціювання впливу від воєнних дій можна

вважати новітньою зброєю масового ураження XXI століття. Окресливши історичні аспекти питання, професор М. Маркова виділила основні ознаки інформаційно-психологічної війни (ІПВ), об'єкти та мішені впливу, методи, форми та інструменти ІПВ. Окремо зупинилась на масштабі, суспільно-політичних та медико-психологічних наслідках ІПВ в Україні. Підсумовуючи свій виступ М. Маркова наголосила на рівнях інформаційно-психологічної безпеки та способах протидії ІПВ.

Емоційний та гострий виступ психолога **Катерини Мітяєв** з Великобританії на тему «Причини та наслідки геноциду тутсі в Руанді» привернув увагу слухачів до страшних подій 22-річної давнини. К. Мітяєв детально розповіла про три основні групи учасників будь-якого геноциду: жертв, переслідувачів та «сторонніх спостерігачів». Саме позиція «мовчазної» згоди суспільства та невтручання в питання насилля (фізичного, психологічного, економічного) сприяють повторенню страшних незасвоєних уроків минулого.

Д. мед. н., професор Національного медичного університету імені О. О. Богомольця **Олег Созонтович Чабан** у своїй доповіді «Тероризм: психологія або психіатрія?» поділився міркуваннями про психологічні феномени, особливості особистостей сучасних терористів та місце психіатрії в даній проблемі. Міфи, які складаються навколо пацієнтів з вадами психічного здоров'я, не дозволяють нам тверезо оцінювати істинні терористичні загрози, а відтак і будувати ефективну стратегію боротьби з тероризмом.

Підводячи підсумки конференції, співорганізатор «Львівських психіатричних зустрічей» заступник головного лікаря Львівської обласної психіатричної лікарні **Юрій Петрович Закаль** підкреслив багатогранність проблеми охорони психічного здоров'я, велику кількість міфів, які пов'язані з нею, та доцільність саме таких міждисциплінарних зустрічей як можливості для дискусії та обговорення нагальних проблем психіатрії.

Підготувала Здорик Ірина

ТЕЗИ

УДК 616-006-06+616.89-008.44-085.851+615.851

О. О. Древіцька¹, О. В. Дягіль²АКТУАЛЬНІСТЬ ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ЕМОЦІЙНИХ ПОРУШЕНЬ
У ПАЦІЄНТІВ З ОНКОЛОГІЧНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ²ПрАТ «ВНЗ «Міжрегіональна академія управління персоналом», м. Київ

Актуальність. В останні роки збільшується ефективність лікування онкологічних захворювань, однак емоційні переживання у пацієнтів з даною патологією негативно впливають на процеси оздоровлення. За таких умов виникає потреба в проведенні психологічних досліджень і психологічної корекції емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Мета – дослідження та психологічна корекція емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворюваннями.

Матеріали та методи дослідження. Проведено комплексне психологічне та психодіагностичне дослідження 36 пацієнтів з онкологічними захворюваннями, з рівнем функціонування 1–2 бали за шкалою ВООЗ ECOG (більше 50 % денного часу пацієнти проводили не в ліжку, але зазвичай мали потребу в додатковому відпочинку).

Результати та їх обговорення. У пацієнтів було виявлено клінічний рівень тривоги (понад 11 балів) – $14,1 \pm 1,7$ балів, і клінічний рівень депресії (понад 11 балів) – $15,6 \pm 1,8$ балів за шкалою госпітальної тривоги і депресії (HADS).

Психологічна корекція емоційних порушень включала навчання принципам проведення аутотренінгових занять, їх завершення доповнювалося проведенням акупресури дистальних точок на кінцівках і вušних раковинах; окремі вправи з НЛП і арт-терапії (візуалізація і малюнок умовного образу хвороби та прощання з нею). Загалом заняття були направлені на активну саногенну діяльність пацієнтів і стабілізацію їх емоційного стану. Повторне тестування показало, що у пацієнтів після шести занять з психологом знизився рівень тривоги до показників $9,3 \pm 1,5$ ($p > 0,05$) і депресії – $10,2 \pm 1,6$ ($p < 0,05$).

Висновки. Діагноз онкологічного захворювання призводив до дистресу і депресивних переживань. За шкалою HADS виявлені клінічно значимі тривога і депресія. Психологічна корекція з елементами аутотренінгу, окремими вправами з НЛП і арт-терапії зменшувала рівні тривоги та депресивних переживань, тому її можна вважати важливим компонентом комплексної терапії пацієнтів з онкологічною патологією.

Ключові слова: емоційні порушення, психологічна корекція, онкологічні захворювання.

RELEVANCE OF PSYCHOLOGICAL CORRECTION
OF EMOTIONAL DISORDERS IN PATIENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES

O. O. Drevitska, O. V. Dyagil

Background. In recent years, increasing the effectiveness of treatment of oncological diseases, but emotional distress in patients negatively affect recovery processes. Under such conditions, there is a need to conduct psychological research and psychological treatment of emotional disorders in patients with oncological diseases.

Objective – research and psychological correction of emotional disturbances in patients with oncological diseases.

Methods and materials. There were examined 36 patients with oncological diseases, the level of functioning of 1.2 points on a scale of WHO ECOG.

Results. Patients were identified: clinical levels of anxiety (over 11 points) – 14.1 ± 1.7 and clinical levels of depression (over 11 points) – 15.6 ± 1.8 on the hospital anxiety and depression (HADS). Correction of emotional disorders included: autogenously training, individual exercises from NLP, art therapy, which were aimed at stabilizing the emotional state of patients.

Repeated testing (after 6 sessions with a psychologist) has shown, that level of anxiety decreased in patients to 9.3 ± 1.5 ($p > 0.05$) and depression – to 10.2 ± 1.6 ($p < 0.05$). Consequently, the diagnosis of cancer led to distress and depressive feelings, psychological correction was necessary and reduced depressive feelings in patients.

Conclusion. Patients with oncological diseases on a scale HADS observed clinically significant anxiety and depression. 6 lessons psychological treatment that included: autogenously training, exercises of NLP and art therapy – decreased levels of anxiety and depression. The study showed the importance of psychological treatment for patients with oncological diseases.

Keywords: emotional disorders, psychological correction, oncological diseases.

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Співробітники інституту (професори, доктори та кандидати медичних наук) зі спеціальностей «Психіатрія», «Дитяча психіатрія», «Наркологія», «Медична психологія», «Психотерапія» на базі консультативно-поліклінічного відділення надають дорослим та дітям консультативно-діагностичну та лікувальну допомогу при психічних та поведінкових розладах.

Ви можете дістатися до нас за такими маршрутами:

- Від станції метро «Дорогожичі» тролейбус № 27 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від залізничного вокзалу маршрутне таксі № 18+7 до зупинки «Лікарня ім. Павлова»
- Від станції метро «Петрівка» тролейбус № 27 до зупинки «Кирилівська церква»
- Від станції метро «Контрактова площа» трамвай № 11, № 12 до зупинки «Стадіон Спартак»



Як нас знайти:

Україна, 04080, м. Київ,
вул. Кирилівська, 103,
Телефон: 044-468-32-58
e-mail: undisspn@ukr.net

1 РАЗ НА МІСЯЦЬ

суспензія для ін'єкцій
продовженої дії

КСЕПЛІОН®

паліперидону пальмітат

Від досягнень науки до здоров'я пацієнтів



PHC/KSEPLION/15/0002

Коротка інструкція для медичного застосування препарату КСЕПЛІОН® (XERPLION®)

Склад: діюча речовина: paliperidone palmitate; 1 мл суспензії містить паліперидону пальмітату у кількості, що відповідає 100 мг паліперидону. **Лікарська форма.** Суспензія для ін'єкцій продовженої дії. **Фармакотерапевтична група.** Антипсихотичний засіб (нейролептик). Код АТХ N05A X13. **Показання.** Підтримуюча терапія симптомів шизофренії у дорослих, стан яких стабілізовано паліперидоном або рisperидоном. У окремих випадках дорослим пацієнтам з шизофренією, які раніше ефективно лікувалися паліперидоном або рisperидоном, Ксепліон® можна застосовувати без попередньої стабілізації пероральними препаратами даної групи, якщо психотичні симптоми хворого варіюють від легкого до помірного ступеня і якщо показано лікування ін'єкційними лікарськими формами продовженої дії. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до активної речовини або до будь-якої з допоміжних речовин препарату, або до рisperидону. **Спосіб застосування та дози.** Рекомендована початкова доза Ксепліону® становить 150 мг у першій день лікування та 100 мг через 1 тиждень (восьмий день лікування). З метою швидкого досягнення терапевтичної концентрації, обидві ін'єкції слід вводити в дельтоподібний м'яз. Рекомендована щомісячна підтримуюча доза – 75 мг; у залежності від індивідуальної переносимості та/або ефективності дозу можна збільшити або зменшити в діапазоні 25-150 мг. Пацієнтам, які мають надлишкову масу тіла або ожиріння, може бути потрібне підвищення дози. Після другої дози наступні ін'єкції можна вводити в дельтоподібний або однічний м'яз. Підтримуючу дозу можна коригувати щомісячно. Паліперидону пальмітат призначений тільки для інтравенного застосування. Для більш докладної інформації див. повну інструкцію для медичного застосування. **Діти.** Безпека та ефективність застосування Ксепліону® дітям не встановлені, тому препарат не застосовують у цій віковій групі. **Побічні реакції.** Найчастішими побічними реакціями під час клінічних досліджень були безсоння, головний біль, тривожність, інфекції верхніх дихальних шляхів, реакції у місці ін'єкції, паркінсонізм, збільшення маси тіла, ахізія, ажитация, сеча/сонливість, нудота, запор, запаморочення, м'язово-скелетний біль, тахікардія, тремор, біль у животі, блювання, діарея, слабкість та дистонія. З них ахізія та сеча/сонливість виявилися дозозалежними побічними реакціями. Стосовно повного профілю безпеки препарату – див. інструкцію для медичного застосування. **Термін придатності.** 2 роки. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Перед призначенням слід ознайомитися з повною інструкцією для медичного застосування.

Реєстраційне посвідчення МОЗ України № UA/13547/01/01 від 02.04.2014 терміном на 5 років.

Текст складено у відповідності з інструкцією для медичного застосування, яку затверджено МОЗ України 02.04.2014 з змінами від 26.01.2015.

За додатковою інформацією звертайтеся за адресою:

04070, м. Київ, вул. Сковороди, 19. Тел. (044) 490 64 64, факс (044) 490 64 65.

janssen
PHARMACEUTICAL COMPANIES
of Johnson & Johnson