

Т Е З И

О. М. Авраменко

ПСИХОСОМАТИЧНІ АСПЕКТИ ХРОНІЧНОГО АЛГІЧНОГО СИНДРОМУ

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

За даними епідеміологічних досліджень, поширеність хронічного больового синдрому (без урахування онкологічних захворювань) складає не менше 40% дорослого населення, які відображаються на світовій спільноті і ці показники мають тенденцію до неухильного росту (С. С. Павленко, 2002; Г. Н. Крыжановский, 2003; Н. Н. Яхно, 2008; В. Л. Голубев, 2009; R. Chou, J. D. Loeser, 2009, 2011).

Гострий біль, як правило, є симптомом будь-якого захворювання або травми, а хронічний біль – окремою нозологічною одиницею, причому вона спричиняє значні втрати не тільки хворому індивіду (зниження навантаження на роботі і надалі – втрату працездатності), але і соціуму в цілому, що призводить до значних економічних витрат. Так, у віці старше 25 років через хронічної болі непрацездатні як мінімум тиждень на рік 30% населення, після 40 років – більше 60%, тому хронічний біль є однією із провідних проблем сучасної медицини (З. А. Суслина, С. Н. Иллариошкин, М. А. Пирадов, 2007; R. A. Deyo, 2009; C. R. Chapman, 2010). Біль

призводить до серйозних порушень у системі регуляції больового відчуття, викликає психологічні розлади – може спровокувати тривожні та депресивні реакції, а також вплинути на тяжкість їх вираженості (Mystakidou et al., 2006, 2007). Частота синдромально окресленої депресії серед пацієнтів з алгічним синдромом варіюється в межах 22% – 87% (Manchikanti et al., 2002, Giesecke et al., 2005).

Біль, який поєднаний з депресією, є захисним механізмом, що відволікає хворого від невгамовних, травмуючи його психіку, гнітючих, неприємних переживань та спогадів. Тому, необхідно приділяти особливу увагу діагностиці депресій при хронічних больових синдромах, так як депресія значно обтяжує і видозмінює клінічну картину захворювання. Незважаючи на те, первинна чи вторинна депресія по відношенню до хронічного болю, їх необхідно одночасно комплексно лікувати, використовуючи психофармакологічні, а також психотерапевтичні методи комплексної корекції психічних порушень у пацієнтів з хронічним больовим синдромом.

К. В. Аймедов, Д. В. Возний

РІЗНИЦЯ МІЖ СПРИЙНЯТТЯМ «СЕБЕ РЕАЛЬНОГО», «СЕБЕ ІДЕАЛЬНОГО» ТА «СЕБЕ У СТАНІ АЛКОГОЛІЗАЦІЇ» У ЧОЛОВІКІВ З АЛКОГОЛІЗМОМ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Нами проведено дослідження в групі чоловіків, що страждали на хронічний алкоголізм, у кількості 100 осіб, вік яких коливався від 21 до 53 років. Для порівняння отриманих результатів нами створено контрольну групу із здорових чоловіків відповідного віку в кількості 60 осіб. Для визначення самооцінки випробовуваних ми застосовували тест «Особистісний диференціал».

На першому етапі досліджувані заповнювали тестові бланки, згідно оцінці понять «Я такий, яким є на даний час» («Я»); «Я – ідеальний або яким би мені хотілося бути» («Я – ідеальний»). На другому етапі (на наступну добу) повторно оцінювалися поняття «Я такий, яким є в даний час», а також поняття «Я в стані алкоголізації». У результаті дослідження були зроблені такі висновки.

Неадекватна самооцінка є чинником виникнення багатьох медико-психологічних проблем, зокрема є одним із факторів розвитку алкогольної залежності у чоловіків. Для осіб, що страждають на хронічний алкоголізм, характерним є зниження самооцінки за факторами «Оцінка», «Сила», «Активність». Факт алкоголізації є пусковим механізмом підвищення самооцінки в осіб чоловічої статі, що страждають на хронічний алкоголізм, та наближення рівня самосприйняття в ситуації алкоголізації до «Я ідеального». При підготовці комплексної програми психологічної корекції алкогольної залежності у чоловіків слід враховувати особливості самосприйняття цієї категорії хворих і включати до психокорекційних заходів, що сприяють підвищенню самооцінки.

К. В. Аймедов, К. В. Рябухин

ВИРАЖЕНІСТЬ МАСКУЛІННОСТІ-ФЕМІНІННОСТІ НА РІВНІ Я – КОНЦЕПЦІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА АЛКОГОЛІЗМ

Одеський національний медичний університет

Нами досліджено статево-рольову Я-концепцію 92-х жінок, що мали діагноз хронічний алкоголізм, за допомогою полорольової ACL-шкали. А. В. Neilbrun, що включає дві субшкали – маскулінності і фемінінності.

При визначенні характеру і перебігу статевого розвитку досліджуваних жінок ми виходили з того факту, що сексуальність людини – це не тільки біологічний інстинкт, але і складне біофізіологічне та психосоціокультурне явище, важлива сфера суспільного, сімейного і особистого життя.

Обстежувані жінки оцінювали за 5-бальною шкалою -- вираженість в собі якостей, представлених у маскулінній і фемінінній субшкалах.

У процесі наукового дослідження нами було з'ясовано, що для переважної більшості жінок, які страждають на хронічний алкоголізм, характерними є порушення

статево-рольової «Я-концепції» у вигляді гіпермаскулінізації (у переважній більшості випадків) та гіперфемінізації. При цьому жінки вищезазначених типів зловживали алкоголем досить тривалий час, а саме – більш ніж 5 років.

Андрогінний або маскулінно-фемінінний тип жінок визначався лише в молодому віці – до 35 років, що свідчить про той факт, що в більшості випадків маскулінізація і фемінізація жінок, хворих на алкоголізм, є надбаними, пов'язаними з тривалою алкоголізацією.

Серед жінок з алкогольною залежністю нами були виділені наступні типи статево-рольової Я-концепції: гіпермаскулінний тип (41 хвора – 44,148 ± 5%), гіперфемінінний тип (16 хворих – 17 ± 4%), маскулінно-фемінінний (андрогінний) тип (35 хворих – 38 ± 5%).

К. В. Аймедов., О. В. Кривоногова., В. А. Боделан

ПРОБЛЕМА АДАПТАЦІЇ ДО УМОВ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ В ГІПЕРАКТИВНОЇ ДИТИНИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Проблема надання допомоги гіперактивним дітям багато років являється актуальною в психології та педагогіці як вітчизняної (Домбровська Ю. Ф., Лютова Є. К., Моница Г. Б. та ін.), так і зарубіжної (Генріх Хоффман, Ж. Філіп, П. Бонкур та ін.). У дошкільних навчальних закладах ведеться пошук умов, адекватних психічним та фізичним можливостям дітей даної категорії.

Метою дослідження стало вивчення особливостей протікання процесу адаптації у дітей з СДУГ у порівнянні з дітьми групи норма. Об'єктом дослідження виступив процес адаптації дітей дошкільного віку із СДУГ. Предметом дослідження були порушення психоемоційного стану та поведінки в період адаптації до ДНЗ дітей. Для вирішення поставлених завдань нами було використано метод прямого й непрямого спостереження поведінки та психоемоційних особливостей та порушень у дітей у період адаптації до умов молодшої групи ДНЗ.

Для дослідження відібрано 2 групи по 30 дітей у кожній у віці 3–4 роки. До першої групи увійшли діти,

що мали неврологічний діагноз СДУГ, до другої групи – діти, які не мали неврологічних порушень.

У дітей обох груп спостерігались порушення настрою, примхливість, пригнічений стан, збудливість, агресивні прояви, порушення сну, поведінки, апетиту, зниження імунітету. Але, як вказують дані, ці прояви достовірно частіше виникали в групі дітей зі СДУГ.

Патологічні прояви у вигляді тіків, енурезу, енкопрезу, логоневрозу достовірно частіше спостерігались у дітей із СДУГ, тоді як у групі норма такі прояви відмічались лише в одному випадку.

У результаті проведеного дослідження нами зроблено такі висновки. Порушення адаптації до ДНЗ достовірно частіше зустрічаються у дітей дошкільного віку з СДУГ у порівнянні з дітьми без порушень. Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю слід вважати чинником важкого протікання процесу адаптації до умов ДНЗ у дітей дошкільного віку.

І. О. Бабюк, Н. В. Побережна

АДАПТОЛ І НООФЕН У ЛІКУВАННІ ПОСТАБСТИНЕНТНОГО СИНДРОМУ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ З ПИВНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Донецький національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, серед 30 країн Європи Україна є абсолютним лідером

за кількістю підлітків і молодих людей, які регулярно вживають алкоголь (в т. ч. пиво та слабоалкогольні

напої). Серед підлітків, які звернулися за допомогою до наркологів, приблизно в 15–20% випадків діагностовано «пивний алкоголізм». За останні роки вживання пива в країні зросло в 40 разів. За даними фахівців, цьому сприяли такі фактори: висока доступність напою, різноманітність марок і широкий асортимент із вмістом алкоголю від 5% і більше, переконаність населення в безпеці пива, сімейна схильність, лояльне ставлення в суспільстві і агресивна телевізійна реклама.

Доведено, що систематичне вживання пива викликає прискорений тип перебігу алкогольної залежності в середньому за 2–3 роки, т. зв. «пивний алкоголізм». Він проходить закономірні стадії: психічну залежність, потім фізичну, при яких формується органічний дефект особистості зі специфічними рисами – абстинентними психозами і наступної глибокої соціальної дезадаптації.

Під амбулаторним наглядом перебувало 30 пацієнтів (21 юнак і 9 дівчат) віком від 17 до 20 років, які страждають на пивний алкоголізм у перебігу 1–2 роки, на етапі постабстинентного стану без явищ хронічних соматичних хвороб, виражених психічних розладів і органічної церебральної патології. У всіх хворих спостерігалася розгорнута клінічна картина II стадії алкоголізму (F10.2), на що вказувало: первинний патологічний потяг до пива, втрата кількісного контролю, максимальна толерантність до алкоголю, що сприяло формуванню розгорнутого алкогольного абстинентного синдрому (ААС), загостренню преморбідних особистісних особливостей. У пацієнтів темп прогресивності захворювання кваліфікувався як середній, з постійною формою зловживання пивом на межі високої толерантності. У структурі абстинентного синдрому відзначалися типові сомато-вегетативні і психопатологічні розлади. Ступінь важкості ААС кваліфікувався як легкий у 18 пацієнтів і як середній – у 12.

З першого дня лікування призначали на фоні раціональної психокорекції порошок Ноофен по 500 мг двічі, вранці та ввечері, 750 мг на ніч; Адаптол (мебікар) по 600–900 мг тричі на добу, щодня, протягом одного місяця. При цьому враховували основну ноотропну властивість Ноофену на антигіпоксичну дію, поліпшення ГАМК-ергічної та нейромедіаторної передачі,

підвищення енергетичних ресурсів, активації метаболічних процесів, а також м'яку транквілізуючу дію, зменшення напруженості, тривоги, жаху, емоційної лабільності, дратівливості та плаксивості, нормалізацію сну.

Адаптол є денним транквілізатором з вираженою анксиолітичною активністю, а також відсутністю побічних ефектів і високим профілем безпеки. Серед його виражених клінічних ефектів слід зазначити вегетостабілізуючий, помірний транквілізуючий без зниження швидкості реакцій, помірний ноотропний, поліпшення розумової і фізичної працездатності за умови їх зниження, антигіпоксичний, аналгетичний і, як сумація вищеперерахованого, збільшення адаптогенної активності, антистресову та стресорпротекторну дію.

У процесі призначеного лікування препаратів Адаптол і Ноофен встановлено: з 3–4-го дня лікування у хворих, які перебували в постабстинентному стані, значалося зниженні рівня тривоги, почуття внутрішнього напруження, дратівливості, плаксивості. До кінця першого тижня стабілізувався фон настрою, зменшувалася інтенсивність проявів ідеаторного компонента патологічного потягу до пива, нівелювалися прояви вегетативних розладів. До 10-го дня терапії в цілому у пацієнтів відзначалося за шкалою тривоги Гамільтона зниження показників на 60%, а до 3–4 тижні лікування – повністю купірувалися тривожні, депресивні і вегетативні порушення.

Основні напрями дії Адаптолу і Ноофену в лікуванні абстинентного синдрому у осіб молодого віку, які страждають на пивний алкоголізм – анксиолітична і вегетостабілізуюча. Ноофен також здатний досить швидко відновлювати сон, купірувати астеничну симптоматику. Комбіноване призначення препаратів не викликає денної сонливості, не впливає на працездатність і концентрацію уваги. При їх застосуванні не спостерігалася побічних явищ, ускладнень і випадків звикання.

Отримані результати дозволяють рекомендувати комбіноване призначення Адаптолу і Ноофену у комбінації з раціональною психотерапією як досить ефективний і безпечний метод лікування абстинентного синдрому у осіб молодого віку, які страждають на пивний алкоголізм.

А. А. Бойко

ПРОФИЛАКТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ БОЛЬНЫХ АЛКОГОЛИЗМОМ

Винницкий национальный медицинский университет им. М. И. Пирогова, г. Винница

Реформирование системы здравоохранения предусматривает непосредственное участие врачей семейной медицины в процессе лечения, а также профилактики заболеваний пациентов, которые ранее были под наблюдением так называемых «узких» специалистов – наркологов и психиатров. Основным объектом работы семейного врача является семья больного независимо от нозологии.

Следует отметить, что в последнее десятилетие наблюдается сдвиг интереса при изучении алкогольной зависимости с проблем индивида к его взаимоотношениям с ближайшим окружением. Рассмотрение больного в контексте внутрисемейных связей становится преобладающим.

Психическое, соматическое здоровье жен, чьи мужья больны алкоголизмом, начали изучать систематическим

образом, и комплекс обнаруживаемых расстройств обозначает теперь развитие созависимости.

Клинико-генеалогическим методом обследованы 215 семей с типом брака – пробанд – мужчина болен алкоголизмом, жена не больна алкоголизмом.

Средний возраст изученных женщин на момент исследования семей составлял $55,6 \pm 3,1$ года. Возрастной диапазон вступления в брак был в пределах 20–26 лет.

На момент исследования 41 женщина жила отдельно от бывшего мужа, а 174 женщины жили в одной квартире с мужем, страдающим алкоголизмом.

Дальнейший анализ касается только тех 174 женщин, которые или состояли в браке, или были разведены с больным алкоголизмом, но продолжали совместную с ним жизнь в одной квартире.

Из 215 жен у 156 (72,6%) в процессе жизни с больным алкоголизмом формируются различные психопатологические расстройства: рекуррентное депрессивное расстройство (F 38.1), соматоформное расстройство (F 45.2 и F 45.3), реакции на тяжелый стресс и адаптационные расстройства (F 43.01 и F 43.1). Только у 59 (27,4%) из 215 исследованных не было обнаружено психопатологических расстройств. При этом необходимо

отметить, что 41-а из 59 «здоровых» женщин жила с детьми отдельно от мужа.

Анализ приведенных данных свидетельствует, что алкоголизм у мужа является не только реальным, но и пролонгированным психогенным фактором, который трансформирует условия жизни, приводит к стойкому психоэмоциональному перенапряжению и развитию психопатологических расстройств независимо от характера причины.

Психопатологические расстройства у жен возникают на этапе систематического злоупотребления мужем алкоголя. Общей их чертой была тенденция к затяжному течению, трансформация простых психопатологических синдромов в более сложные.

Практическое значение полученных результатов заключается в том, что они могут использоваться семейными врачами для первичной профилактики алкоголизма в службах медико-генетического консультирования. Стратегия первичной профилактики семейных врачей должна быть направлена на группу высокого риска, которой являются как жены больных алкоголизмом, так и их дети.

В. В. Борисенко, Л. В. Животовская, Г. Т. Сонник
НОВЫЕ ПОДХОДЫ К СТАЦИОНАРНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПСИХИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ
ПРИ АЛКОГОЛЬНЫХ ЗАПОЯХ С УЧЕТОМ БИОРИТМОЛОГИЧЕСКОГО СТАТУСА
ПАЦИЕНТОВ

ВДНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

В научных работах последних лет показана роль нарушений биологических ритмов в возникновении и течении различных заболеваний. Можно считать установленным, что многие патологические процессы в организме сопровождаются десинхронизмом, и в то же время рассогласование ритмов является одной из причин развития выраженных патологических изменений. Это касается больных с алкогольными запоями. Между тем работ, посвященных изучению биологических ритмов у больных алкогольными запоями и выработке эффективных методов лечения с учетом биоритмологического статуса больного, насчитываются единицы. Это относится как к традиционным, чаще лекарственным, методам лечения, так и немедикаментозным методам воздействия.

В поисках путей оптимизации и повышения эффективности лечения алкогольных запоев и психических нарушений, возникающих при этом, мы взяли за основу концептуально-гипотетическую предпосылку о том, что при наличии хронологического совпадения дебюта алкогольного запоя с гелиогеофизическими факторами. А также взаимосвязи их с индивидуальными биоритмами, имеется и зависимость терапевтического эффекта при дифференциации лечебных программ с учетом данного феномена. Оптимальным организационным решением при проведении таких исследований явились для нас условия пребывания больных с психическими

нарушениями при алкогольных запоях в наркологическом отделении крупной психиатрической больницы. Это позволило проводить мониторинг в динамике клинических и гомеостатических показателей у пациентов круглосуточно, а также имелась реальная возможность осуществления лечебных процедур в необходимые биоритмологические интервалы в течение суток.

Мы в своей работе, наряду с общепринятыми схемами лечения алкогольных запоев, применяли чрезкожную гемотерапию с учетом ритмологического статуса больного. При этом исходили из предпосылок, что лучший терапевтический эффект отмечается при применении лечебного комплекса в период активизации метаболических процессов в организме, т. е. для «жаворонков» и «аритмиков» – это утренние часы, а для «сов» – вечерние.

Применив этот подход, мы отметили, что из 129 «жаворонков» у 113 (88,00%) был отмечен положительный лечебный эффект на 5–7 день и, соответственно: из 91 «аритмика» – у 68 (75,00%) и из 73 «сов» – у 61 (84,00%). Это положение просматривалось одинаково как среди мужчин, так и женщин. Следует отметить, что в разрезе запойных форм алкогольной зависимости и у лиц с эпизодическими запоями были свои особенности. Так, при эпизодических запоях улучшение наступало раньше на 2–3 день, а при запойных формах и, особенно, при психозах этот эффект отличался, как правило, на 10–12 суток.

Таким образом, представленные данные свидетельствуют о том, что наряду с традиционными методами лечения, особенно применяя немедикаментозные, целесообразнее проводить комплекс лечебных мероприятий

с учетом биоритмологического статуса больного, т. к. это в 82,59% случаев дает положительный эффект в кратчайшие сроки, что снижает потребность в дополнительных медикаментах, койко-днях и т. д.

D. Brandtner

MULTIPROFESSIONELLE ZUSAMMENARBEIT IN DER PSYCHIATRIE – GRUNDLAGE FÜR DIE GELINGENDE BEHANDLUNG

Therapeutische Abteilungsleitung der Allgemeinen Psychiatrie

Evangelisches Krankenhaus Bielefeld, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bielefeld-Bethel, Deutschland

Daniela.brandtner@evkb.de

Wir verstehen psychische Erkrankungen heute als multifaktoriell und bio-psycho-sozial bedingt. Daher sind in der stationären psychiatrischen Behandlung Menschen verschiedener Professionen (Psychiater, Pflegekräfte, Psychologen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter) tätig, mit teilweise unterschiedlichen und teilweise sich überschneidenden Aufgaben.

Alle in der Psychiatrie professionell Tätigen haben den **gemeinsamen Auftrag, auf die Gesundheit der Patienten** hin zu arbeiten. Da die Bedarfslagen der Patienten weit über medizinische Behandlung hinaus gehen, ergänzen sich die Kenntnisse der verschiedenen Berufsgruppen in dem Zusammenwirken sinnvollerweise in einem **multiprofessionellen Team**

Das **multiprofessionelle Team** gestaltet das Stations-Milieu, die Atmosphäre, die Beziehung, die Abläufe und die Organisation. Es umfasst:

- das **Stationsteam**, dies sind alle auf der Station tätigen Menschen (inklusive Reinigungskräften und Schreibkräfte); es ist zentral verantwortlich für das therapeutische Milieu auf der Station; kein einzelnes Mitglied des Stationsteam kann sich aus der Verantwortung dafür heraus nehmen; es kann in diesem Sinne kein „nicht therapeutisches“ Personal geben
- das **Behandlungsteam**, dies sind die Mitarbeiter, die für dieselben Patienten einer Station therapeutisch

verantwortlich sind – dies sind neben Ärzten, Psychologen, Ergotherapeuten auch Pflegekräfte und Sozialarbeiter im oben genannten Sinn

Damit das multiprofessionelle Team den gemeinsamen Auftrag erfüllen kann braucht es:

- Klärung von Rollen, Befugnissen und Kompetenzen der verschiedenen beteiligten Professionen
- Gemeinsame Leitlinien und Regeln, die festgelegt, aber im gemeinsamen Diskurs veränderbar sind

Zum Gelingen der gemeinsamen therapeutischen Arbeit mit den Patienten sind vier Aspekte besonders bedeutsam in der Arbeit im multiprofessionellen Team: **Einheitlichkeit, Verschiedenheit, Offenheit und Transparenz**

Dies ermöglicht den Umgang mit den großen immer wieder kehrenden Themen wie

- Gegenseitiger Respekt
- Fürsorgepflicht und Autonomie
- Beziehungsgestaltung und Nähe-Distanz
- Gemeinsame Werte und konzeptionelle Vorstellungen

Zur Umsetzung notwendige Voraussetzungen sind entsprechende Kompetenz, Ausbildung und Erfahrung der Mitarbeitenden, sowie insbesondere ein verbindliches Stationskonzept, das personelle, räumliche und zeitliche Orientierung gibt und die Beziehungsgestaltung in den Vordergrund stellt.

МУЛЬТИПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ РАБОТА В ПСИХИАТРИИ – ЗАЛОГ УСПЕХА ОКАЗАНИЯ ВЫСОКОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Д. БРАНДТНЕР

Психические расстройства, по современным представлениям, – мультифакторные и биопсихосоциальные заболевания. Четыре принципа успеха медицинской помощи: единство, разнообразие, прозрачность, открытость. Для внедрения принципов необходимы следующие элементы: опыт, образование, компетентность медицинского персонала.

Г. Ю. Васильєва¹, С. І. Табачніков², В. Г. Бондарь¹, М. П. Бєро³, М. Б. Доценко³
ДО ПИТАННЯ ПРО КОРЕКЦІЙНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПРОГРАМИ У
КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ЗЛОЯКІСНІ
НОВОУТВОРЕННЯ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

¹Донецький Національний медичний університет ім. М. Горького, м. Донецьк,

²Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології
МОЗ України, м. Київ,

³Обласна клініко-психологічна лікарня – медико-психологічний центр, м. Донецьк

Одним з найважливіших напрямів сучасної психології є виявлення, своєчасна діагностика і корекція психопатологічних розладів, що знижують якість життя онкологічних хворих, погіршують клінічний перебіг, прогноз і виживання. Значення психотерапії для пацієнток зі злоякісними новоутвореннями органів репродуктивної системи визначається у зв'язку з необхідністю інтервенції психотерапевтичних корекційних програм у сучасній онкологічній практиці. Основною їх метою є зниження рівня тривоги і депресії, позбавлення пацієнток відчуття безнадійності, пов'язаної з маніфестацією, рецидивом і/або метастазуванням онкологічної патології, допомогти їм більш адекватно оцінити значення психотравмуючих подій, долати біль, песимістичне сприйняття ситуації, що склалася в наслідок хвороби. В організаційному плані необхідна оптимальна консультативно-сднальна модель надання медичної допомоги, яка передбачає спільну курацію пацієнтів лікарнями онкологами і психіатрами. Ця модель забезпечує не тільки прямий контакт з пацієнтами, готовими до психотерапевтичного лікування, але і плідна співпраця з фахівцями онкологічного профілю.

При розробці корекційних психотерапевтичних програм для онкохворих з коморбідною психічною патологією слід враховувати особистісні особливості і тип ставлення до онкологічного захворювання. Вони виражені в «загальному зниженні активності, зміні всієї

ієрархії мотиваційної сфери, скороченні часової перспективи», а також специфіці онкологічного захворювання. Крім того, необхідно дотримуватися системності та багаторівневості психотерапевтичного впливу, що враховує особливості організації лікувального процесу в спеціалізованому протипухлинному центрі; максимальну індивідуалізацію психотерапевтичних впливів з урахуванням сфери пошкоджень фізіологічних систем організму, давності, тяжкості та стадії онкологічного захворювання; диференційоване поєднання патогенетичної, симптоматичної та профілактичної спрямованості психотерапевтичних заходів при поєднанні індивідуальних і групових («палатних») форм роботи з онкохворими з активним залученням у лікувальний процес членів сімей онкохворих (сімейна психотерапія). Крім того, при проведенні психотерапії онкологічно хворим необхідно враховувати те, що корекція повинна проводитися постійно, протягом всього захворювання. На різних етапах захворювання може також змінюватися ступінь глибини психогенних реакцій і їх фабула, але ситуація все одно залишається досить гострою. По суті мова йде про екстремальні умови виживання.

Таким чином, психотерапевтична корекція спрямована на подолання тривожно-депресивної симптоматики, а також неадекватного ставлення до онкологічного захворювання, дезактуалізацію деяких симптомів пухлинного процесу і формування адаптивних форм під час хвороби.

Г. Ю. Васильєва

ДО ПИТАННЯ ПРО ВЗАСМОЗВ'ЯЗОК МІЖ ОСОБЛИВОСТЯМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО
РЕАГУВАННЯ НА ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ЯКІСТЮ ЖИТТЯ ЖІНОК ЗІ ЗЛОЯКІСНИМИ
НОВОУТВОРЕННЯМИ РЕПРОДУКТИВНОЇ СФЕРИ

ДонНМУ ім. М. Горького, м. Донецьк

Досягнення сучасної онкології дозволяють не лише досягти поліпшення результатів спеціального протипухлинного лікування, але й роблять надзвичайно актуальними питання психологічного стану та якості життя цього контингенту пацієнтів.

Проведене нами дослідження виявило переважання змішаного типу реагування на онкологічне захворювання з домінуванням тривожного, неврастенічного, сенситивного, меланхолічного та іпохондричного типів у загальній ранговій оцінці відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу. У жінок, які знаходилися на діагностичному етапі, достовірно частіше спостерігався змішаний тривожно-меланхолічно-сенситивний тип. У пацієнток, які знаходилися

на передопераційному етапі, частіше виявлявся змішаний тривожно-сенситивно-іпохондричний тип психологічного реагування, у той час як після оперативного втручання у хворих домінували тривожно-іпохондрично-неврастенічні варіанти реагування, що свідчить про інтрапсихічну спрямованість особистісного реагування на хворобу та обумовлює порушення як соціальної адаптації онкологічних хворих з цими типами реагування, так і поведінки: характерні реакції за типом дратівливої слабкості на тлі тривожно-депресивного настрою та «заглиблення у хворобу» з відмовою від боротьби за одужання.

Аналізуючи отримані нами дані за методикою MOS SF-36 виявлено, що якість життя досліджуваного

контингенту значно знижена за всіма шкалами опитувальника, при цьому найбільш низькими були показники за шкалами «соціальна активність», «роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності», «інтенсивність фізичного болю» й «життєва активність». Таким чином, низька якість життя пацієток, які страждають на злоякісні новоутворення, була обумовлена переважно значним зниженням психологічного компоненту здоров'я, а наявність фізичних проблем (у т. ч. біль) сприяла формуванню обмежувальної поведінки в повсякденній діяльності.

Крім того, встановлено достовірно значущі зв'язки між типом особистісного реагування на онкологічне захворювання та оцінкою якості життя й рівня соціального функціонування. Так, найбільш несприятливі показники якості життя та соціального функціонування пацієток зі злоякісними новоутвореннями репродуктивної сфери були пов'язані з наявністю тривожного ($r = -0,352$ при $p = 0,032$), меланхолічного ($r = -0,442$ при $p = 0,05$) та неврастенічного ($r = -0,318$ при $p = 0,045$) типів особистісного реагування на онкологічне захворювання.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значне зниження якості життя та соціального функціонування хворих зі злоякісними новоутвореннями різної локалізації, які супроводжуються порушенням як фізичного, так й психологічного компонентів здоров'я, що у свою чергу різко обмежує життєву активність пацієнтів і, як наслідок, обумовлює низький рівень соціальної адаптації онкохворих. Враховуючи особливості виявлених типів реагування відповідно до етапу лікувально-діагностичного процесу, можна припустити, що сформований тип відношення до онкологічного захворювання може виконувати різні функції, як захисну з одного боку, так і сприяючи розвитку емоційних порушень. Отже, специфіка діагнозу злоякісного новоутворення і особливості протипухлинного лікування обумовлюють патологічний вплив на емоційну сферу пацієнтів з подальшим формуванням порушення адаптації в рамках відношення до хвороби та негативно впливають на якість життя та соціальне функціонування онкохворих.

О. С. Ващенко

РОЛЬ РОДИНИ В РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ (НА МОДЕЛІ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ)

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології

Більшість дітей з розладами спектру аутизму (РСА) відстають від вікової норми розвитку психічних та моторних навичок. Вони характеризуються різко дисгармонічним розвитком, що стає передумовою формування з віком когнітивної недостатності. Застосування методів «відтвореного онтогенезу» дозволяє скоригувати індивідуальний розвиток дитини з РСА, усунути відставання у формуванні моторних, пізнавальних, соціальних навичок та створити передумови для шкільного навчання та формування адаптивної поведінки.

Метою дослідження було визначення середовищних факторів, що впливають на ефективність ранніх домашніх інтервенцій.

Нами рандомізовано 30 дітей з РСА у віці від 2 до 6 років.

Для отримання інформації про актуальний стан дитини, наявний потенціал її розвитку проводилося психодіагностичне обстеження, яке включало скринінг з використанням психоосвітнього профілю (PEP-R), шкали адаптивної поведінки (Vineland II), сенсорну діагностику (скринінг з використанням Sensory Processing Measure-Preschool).

Психоосвітній профіль дає інформацію про рівень розвитку (вік) різних психічних сфер дитини (імітації, сприйняття, дрібної та велика моторики, зорово-моторної координації, пізнавальної сфери, мови як засобу комунікації); визначає вік її актуального когнітивного функціонування та зони найближчого розвитку. Шкала адаптивної поведінки оцінює рівень сформованості адаптивної поведінки дитини: вік, якому відповідають навички комунікації (розуміння та використання усної

та письмової мови), повсякденні навички (самообслуговування, охайності, побутові, суспільні); навички соціально адаптивної поведінки (підтримання міжособистісних стосунків, спільної ігрової діяльності, дружніх стосунків), моторні навички. Сенсорна діагностика дозволяє визначити порушення відчуття та сприйняття в різних сферах перцепції – зоровій, слуховій, тактильній, смаковій, нюховій, пропріоцептивній та вестибулярній.

За результатами діагностики ми будували профіль розвитку дитини, визначили реабілітаційні пріоритети, формували індивідуальну програму тренінгів.

Запропонована нами модель інтенсивної ранньої домашньої поведінкової інтервенції (ІДП) є комплексом реалістично відтворюваних в домашніх умовах і силами звичайної української родини реабілітаційних тренінгів, спрямованих на розвиток проблемних психічних сфер з опорою на сильні сфери психіки дитини. ІДП спирається на «концепцію відтвореного онтогенезу», застосовує техніку прикладного поведінкового аналізу, флортайм-терапії для поведінкової корекції, комплексний підхід до мовної реабілітації.

Реабілітаційний процес передбачає проведення: когнітивних тренінгів, спрямованих на відновлення природного шляху розвитку пізнавальних функцій шляхом штучного формування знань і навичок, із врахуванням особливостей сприйняття та обробки інформації дитиною з РСА; поведінкових тренінгів, які мають на меті формування адекватних форм поведінки шляхом заохочення бажаної, ігнорування демонстративної та усунення руйнівної; мовні тренінги, скеровані на розвиток понятійного апарату мови, розвиток та систематизацію

пасивного словника, здобуття артикуляційних навичок, заохочення до використання мови при спілкуванні та задоволенні потреб. Тренінги ігрової діяльності мають на меті збагачення ігрової діяльності простими імітаційними сценаріями, формування «звички гратися у вільний час», «опрацювання через гру простих соціальних історій». Особливе значення мають тренінги емоційної когніції та соціальної перцепції, на яких здійснюється моделювання ситуацій для напрацювання первинного дитячого соціального досвіду, такого як вміння гратися на одному майданчику з іншими дітьми, обмінюватися іграшками, кататися на гойдалці, дотримуючись черги, сидючи за столом виконувати інструкції вихователя.

Важливою складовою ІДП є навчання батьків. Метою навчання є досягнення розуміння батьками: 1) природи розладу дитини, особливостей її розвитку та поведінки; 2) мети та задач відповідного етапу реабілітації; 3) необхідності або недоцільності залучення додаткового корекційного персоналу; 4) важливості гри та соціальної інтеграції; опанування батьками: 1) методів підвищення ефективності управління поведінкою дитини; 2) методів усунення небажаної поведінки; 3) методів напрацювання нових знань та навичок.

Після 4–6 місяців реабілітаційних тренінгів, які проводять батьки в домашніх умовах ІДП передбачає етап оцінки ефективності втручання. Повторна діагностика спеціалістом дозволяє оцінити виконання завдань даного реабілітаційного етапу, та визначити мету і завдання

для наступного, дозволяє продемонструвати динаміку реабілітаційного процесу, що працює як додатковий фактор мотивації батьків.

Результати дослідження виявили предиктори клінічної ефективності ІДП. Ефективною виявляється робота батьків: 1) які залучені всією родиною в реабілітаційний процес, а не розуміють реабілітацію дитини як обов'язок одного із членів родини; 2) які розуміють мету даного етапу реабілітації; 3) які виявляються здатними забезпечити реабілітаційний вплив на дитину за різними сферами індивідуальної реабілітаційної програми.

Неефективними виявилися батьки: 1) які не зрозуміли природи розладу дитини, особливостей її поведінки; 2) які не спромоглися гармонізувати розвиток різних сфер психічного розвитку дитини з РСА, а сконцентрувалися на розвитку її сильних особливостей, ігноруючи слабкі, не нав'язуючи таким чином формування гармонійної системи знань та навичок; 3) які не погодились із спеціалістом щодо мети та задач даного етапу реабілітації, поставили свої задачі (більш вузькі – наприклад не реабілітація дитини для відвідування масового дитячого садочку, а елімінація стереотипної поведінки, або розвиток мови); 4) які проводили однобічні тренінги, ігноруючи послідовності набуття знань та навичок.

Отже, запропонована нами модель інтенсивної ранньої домашньої поведінкової інтервенції (ІДП) може бути розглянута як ефективний варіант раннього втручання у дітей з РСА.

Н. Ю. Веньовцева

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРОФІЛАКТИКИ СОМАТОФОРМНОЇ ВЕГЕТАТИВНОЇ ДИСФУНКЦІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Незважаючи на стійку тенденцію до зростання захворюваності на соматоформну вегетативну дисфункцію серед підлітків, даній категорії пацієнтів приділяється увага переважно з боку лікарів-терапевтів. Підлітки із функціональними порушеннями різних систем та органів спостерігаються у гастроентерологів, кардіологів, неврологів тощо, хоча соматоформну вегетативну дисфункцію можна віднести до психосоматичних розладів.

У контексті підліткового віку, який є складним періодом як фізичної, так і психологічної перебудови організму, значної соціально-психологічної дезадаптації в умовах стрімкого розвитку сучасного суспільства із його вимогами, соматоформна вегетативна дисфункція є частим розладом невротичного реєстру. Поряд із функціональними симптомами, які зазвичай супроводжують його, у клінічній картині спостерігаються афективні порушення, такі як: тривога, дратівливість, емоційна лабільність тощо. Нездатність підлітків справлятися із значним впливом суспільства, його нормами та стереотипами, часто завищені вимоги до них, з яким зазвичай вони ще не здатні впоратися самостійно, призводять до розвитку соматоформної вегетативної дисфункції. Враховуючи це,

у комплексному лікуванні таких пацієнтів необхідно коригувати не лише соматичні, а й психологічні симптоми.

Незважаючи на зусилля лікарів-соматологів, соматоформна вегетативна дисфункція, особливо серцево-судинної системи, має стійку тенденцію до рецидивування, а ремісії часто є нестійкими та неякісними. У зв'язку із цим, потреба у медико-психологічному супроводі підлітків, хворих на соматоформну вегетативну дисфункцію, є актуальною та своєчасною. Підлітки, яким поряд із основним курсом лікування надається медико-психологічна допомога, краще адаптуються у стаціонарних умовах, у них відзначається більш швидка редукція функціональної та афективної симптоматики та стабілізація як фізичного, так і психологічного стану.

Необхідність створення науково обґрунтованої моделі медико-психологічного супроводу підлітків із соматоформною вегетативною дисфункцією, особливо на етапі стаціонарного лікування, є необхідною умовою для покращення якості надання медичної допомоги пацієнтам із даним захворюванням, а також зниження рівня захворюваності серед підлітків та покращення їх якості життя.

Вербенко В. А.

ГЕНДЕРНЫЕ ОТЛИЧИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, УПОТРЕБЛЯЮЩИХ АЛКОГОЛЬ С ВРЕДНЫМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет им. С. И. Георгиевского», Крым

Коморбидность нарушений настроения и злоупотреблений алкоголем достаточно часто обсуждается в научных публикациях (И. П. Анохина 2002, Н. Н. Иванец 2004, 2006, Т. В. Агибалова 2007 и др.). Несмотря на многочисленные исследования, остается много спорных вопросов, а выводы некоторых авторов неоднозначны и противоречивы. Эти противоречия могут быть связаны с использованием различных диагностических критериев аффективных расстройств, недооценкой роли аффективной патологии в клинических проявлениях алкоголизма, различными методическими подходами исследований. Аффективные расстройства могут быть непосредственным следствием употребления алкоголя или состояния его отмены, негативно влияя на эффективность терапии зависимости, имеют более высокий риск рецидива. Со временем симптомы аффективного расстройства и симптомы зависимости становятся настолько взаимосвязанными, что невозможно определить, что первично, а что вторично. При этом рассматриваемые расстройства могут развиваться и независимо друг от друга, в разные периоды времени.

Нами проведено изучение особенностей психических и поведенческих расстройств у лиц употребляющих алкоголь с вредными последствиями у 75 женщин и 75 мужчин, сопоставимых по возрасту, демографическим показателям.

В результате проведенного исследования выявлены гендерные отличия клинических проявлений психических и поведенческих расстройств у лиц употребляющих алкоголь. Для женщин были более характерными проявления тревоги (65,71%), чувство страха (65,71%), вегетативные нарушения (68,57%) нарушения аппетита (57,14%) и сна (88,57%), тогда как раздражительность (62,85%), чувство собственной неполноценности (45,71%), асоциальное (31,42%) и агрессивное (31,42%) поведение, снижение работоспособности (97,14%) и чувство вины (54,28%) оказались выше в группе мужчин, по сравнению с группой женщин ($p < 0,05$). Изучаемые группы имеют существенные различия по степени выраженности аффективных нарушений: в частности показатели тяжести депрессии по шкале Гамильтона (HDRS17) и шкале Бека существенно выше у мужчин ($p < 0,01$); а выраженность тревоги по шкале Гамильтона (HARS) выше у женщин ($p < 0,01$). Выявлены гендерные различия в развитии коморбидной патологии: для женщин наиболее значимым являлось неблагоприятное социальное положение, тогда как у мужчин социальное положение ухудшалось по мере прогрессирования заболевания и не находилось в прямой связи с исходным неблагоприятным фоном ($p < 0,05$).

Ю. А. Войтенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ШИЗОФРЕНІЇ У ХВОРИХ, ЩО ВЖИВАЛИ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ В ПІДЛІТКОВОМУ ВІЦІ

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

Захворювання спектра шизофренії насамперед пов'язують зі спадковістю, проте дослідження останнього десятиріччя демонструють значущість впливу факторів зовнішнього середовища на їх маніфестацію та перебіг. Досліджується взаємодія генетичної predisпозиції з чинниками зовнішнього середовища, які діють в різні періоди життя: пренатальний (гіпоксично-ішемічні ураження мозку, внутрішньоутробні інфекції), в ранньому дитячому віці (психічні травми пов'язані з емоційною депривацією, неналежним доглядом та піклуванням), підлітковий (вживання психоактивних речовин) (ПАР).

Канабіноїди, поряд із алкоголем, є найбільш уживаними серед ПАР (SAMHSA, 2011), їх вживання розповсюджене серед людей з психотичними розладами. Доведено, що регулярне вживання канабісу підвищує ризик маніфестації первинного психотичного епізоду, хоча питання впливу вживання ПАР на шизофренію залишається дискусійним. Існує думка, що вживання

ПАР пов'язане з менш сприятливим перебігом шизофренії більшою тяжкістю нейрокогнітивних. За результатами інших досліджень стверджується, що хворі на шизофренію, які вживають канабіноїди, мають менш тяжкий перебіг захворювання.

Метою дослідження було встановлення впливу регулярного вживання ПАР, зокрема канабіноїдів, на вік маніфестації, клінічну типологію маніфестних станів, прогресивність, тяжкість нейрокогнітивних порушень та соціальної дезадаптації при шизофренії, шизотипових, маячних та шизоафективних розладах.

Рандомізовано 72 хворих з розладами спектру шизофренії (F20 – F29): 42 хворих регулярно вживали ПАР в доманіфестному періоді, 30 почали вживати ПАР після першого психотичного епізоду.

Середній вік респондентів склав 27 ± 35 років, серед яких переважали чоловіки (75%). Сумарна кількість балів за шкалою позитивних та негативних симптомів

складала не менше 60. Стан пацієнтів характеризувався підгострою психопатологічною симптоматикою (сума балів по шкалі PANSS в середньому становила 76,4), по шкалі CGI-S в обох групах переважали хворі з помірно вираженими та вираженими психічними розладами.

Серед хворих на шизофренію вживання ПАР протягом того чи іншого періоду життя спостерігалось у 37 (51,4%), систематичне зловживання у 8 (11,1%) рандомізованих пацієнтів. Куріння конопель (канабісу) спостерігалось у 15 (20,8%), алкоголю – у 10 (13,9%) хворих.

Мотивами вживання ПАР, зокрема канабіноїдів, у доманіфестному періоді були емоційне напруження, відчуття зміни власного «Я», переживання, пов'язані з появою перших симптомів шизофренії. Таким чином, існує прямий зв'язок між вживанням ПАР та наступним розвитком психотичного розладу, проте, залишається недоведеною роль канабіноїдів як чинника, який викликає чи провокує захворювання.

У пацієнтів, які почали вживати психоактивні речовини після першого психотичного епізоду, спостерігалися ознаки клінічного поліморфізму: підвищення частоти рецидивів, що знаходило відображення в зростанні кількості госпіталізацій, зростання питомої ваги галюциногено – маячної та афективно-маячної симптоматики, зменшення тяжкості нейрокогнітивних порушень.

У клінічній картині хворих з коморбідною залежністю від психоактивних речовин тяжкість продуктивної

психопатологічної симптоматики при оцінюванні за шкалою позитивних симптомів PANSS була в середньому на 15 балів вищою порівняно з контрольною групою. Встановлено зв'язок між інтенсивністю зловживання, дозами психоактивних речовин та клінічними особливостями розладів спектра шизофренії: вживання в невеликих дозах корелює з домінуванням негативної та нейрокогнітивної симптоматики, інтенсивне зловживання корелює зі схильністю до шубоподібного перебігу, наявністю афективних розладів.

За результатами дослідження робиться висновок про наявність причинно-наслідкового зв'язку між вживанням ПАР та наступною маніфестацією розладів спектра шизофренії. Робиться припущення, що вживання ПАР ймовірно виникає у хворих на шизофренію як відповідь на зміни психіки в доманіфестному періоді. Подальше вживання ПАР обумовлює більш злоякісний перебіг, погіршує соціальний прогноз шизофренії. При терапії та реабілітації хворих на шизофренію має враховуватися наявність коморбідної залежності від психоактивних речовин. Має бути досліджена ефективність застосування розробленої в Українському НДІ ССПН стратегії, що включає профілактичні заходи, скеровані на зловживання психоактивними речовинами в специфічних групах ризику по шизофренії та специфічну терапію залежності на етапі стабілізації ремісії.

Н. Б. Волжева, К. А. Чайковська

РОЗЛАДИ СПЕКТРА АУТИЗМУ ЯК НОВА ПРОБЛЕМА ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДОРΟΣЛИМ

Київський міський психоневрологічний диспансер №5

За останні роки рівень захворюваності на аутизм зростає в усіх країнах світу. За даними ВООЗ поширеність розладів спектра аутизму в дитячому віці складає понад 1% від дитячої популяції, всього у світі нараховується близько 67 млн хворих на аутизм. За даними більшості оглядів останніх років захворюваність становить 1–2 на 1000 для аутизму та близько 6 на 1000 для розладів спектра аутизму (Ньюзафер, Кроен, Денієлз та ін., 2007). Це створює великі труднощі не тільки для працівників сфери психіатричної допомоги, а і для системи охорони здоров'я в цілому.

Метою дослідження було встановлення поширеності розладів загального розвитку в дитячому віці, наступності принципів їх діагностики та терапії після досягнення дітьми повноліття, якості діагностики розладів у дорослих.

Нами було проведено суцільне обстеження пацієнтів Київського міського психоневрологічного диспансеру №5, переведених з дитячих дільниць під спостереження дорослого психіатра по досягненню 18-річного віку за останні п'ять років та дітей, що перебувають під спостереженням дитячого психіатра на час обстеження.

Вибірка пацієнтів, переданих під спостереження психіатричної служби для дорослих складала 141 особу 1990–1994 років народження. Протягом 1991–2007 років

у 4 (2,9%) з них було діагностовано «Ранній дитячий аутизм». Діагностика розладу проводилася у відповідності до діагностичних критеріїв МКХ 10.

Із чотирьох пацієнтів троє були переведені під нагляд психіатра з діагнозом «Шизофренія, проста форма (F 20.6)», один з діагнозом «Легка розумова відсталість (F 70.0)». Трьом з чотирьох хворих була встановлена група інвалідності: двом – за діагнозом «Шизофренія» (2 та 3 групи інвалідності), одному – за діагнозом «Розумова відсталість» (2 група інвалідності). Один хворий не отримав групи інвалідності.

У той же час, на момент дослідження під спостереженням дитячого психіатра в КМПНД №5 залишалося 45 дітей із розладами спектра аутизму, що складає 5,6% від загальної кількості дітей, які перебувають на обліку.

Отримані дані свідчать про вкрай низький рівень діагностики розладів спектра аутизму. Рівень діагностики аутизму лікарями-психіатрами дитячими є вищим. Очевидним є факт, що зміна діагнозу при досягненні дітьми з розладами спектра аутизму повноліття була пов'язана із намаганням вирішити питання їх соціального захисту, так як діагнози, з якими були переведені хворі, гарантовано забезпечували їм право на отримання щомісячної державної матеріальної допомоги.

Проте, згідно з діагностичними критеріями МКХ-10 (єдиного нормативного документа для обліку захворюваності, причин звернень населення в медичні установи та причин смерті, що використовується в Україні), розлади спектра аутизму можуть бути діагностовані у дітей віком від трьох років та дорослих. Також в МКХ-10 відсутні вказівки щодо необхідності зміни діагнозу по досягненню такими пацієнтами 18-річного віку.

Не викликає сумніву і той факт, що розлади спектра аутизму через обмеження працездатності також можуть бути причиною встановлення групи інвалідності.

Аутизм є невиліковною хворобою, що зумовлює значні обмеження соціального функціонування та працездатності. Про це свідчать і дослідження зарубіжних вчених. Так, у Великобританії 88% дорослих із аутизмом без розладів розвитку шкільних навичок залишаються безробітними незважаючи на те, що мають знання, які дозволяють їм працювати. Більшість хворих з розладами спектра аутизму можуть працювати лише у спеціально створених умовах, тільки 12% працюють за повним робочим графіком (Барнард та ін., 2001).

За практикою, що склалася в Україні, по досягненню хворими із аутизмом віку 18 років діагноз змінювався на інші, «дорослі» діагнози: шизофренія, органічне ураження головного мозку, розумова відсталість. Така ситуація пов'язана насамперед із недосконалістю системи медико-соціальної допомоги та відсутністю чітких критеріїв щодо ступеня втрати працездатності у хворих на розлади спектра аутизму при встановленні ознак інвалідності. Вказані проблеми знайшли своє відображення у Листі Міністерства охорони здоров'я України від 09.11.2012р., в якому МОЗ висловило своє занепокоєння ситуацією, що склалася та запропонувало стратегію усунення даних недоліків.

Актуальність соціальних проблем, пов'язаних із аутизмом є значною не лише для України, а і для інших країн світу. Проте, на відміну від України, в інших країнах вже накопичений певний досвід у діагностиці, лікуванні та соціальній допомозі дорослому населенню із розладами спектра аутизму, існує дієва законодавча база, розроблені діагностично-лікувальні керівництва.

Так, у 2008 р. Уряд Асамблеї Уельсу розробив Стратегічний план щодо розладів спектра аутизму, який

містить ряд рекомендацій та заходів, які мають впроваджуватись з 2008 по 2011 роки, та включають в себе освітню підготовку лікарів, розвиток команди місцевих фахівців та підтримку експертів на державному рівні.

У 2009р. в Англії був прийнятий «Закон про Аутизм», метою якого було спонукання урядом органів місцевої влади та охорони здоров'я до створення стратегії дій щодо аутизму. У відповідь на це, Міністерство охорони здоров'я розробило Стратегію щодо дорослих із аутизмом, яка містила низку положень по сприянню розвитку та вдосконалення сфери послуг для дорослого населення, що страждає на аутизм.

Незважаючи на такі активні дії, система охорони здоров'я Великобританії постала перед рядом проблем у реалізації даних стратегій, пов'язаних із недостатністю доказової бази, різноманітністю проблем і потреб у хворих із аутизмом та необхідністю диференційованого підходу до їх розв'язання (Керівництво з діагностики і ведення дорослих із розладами спектра аутизму, Велика Британія, 2012).

В Україні зроблені лише перші кроки на шляху до визнання важливості проблеми аутизму у дорослих та подолання недосконалостей системи надання медичної та соціальної допомоги таким хворим. На даний момент перед системою охорони здоров'я постає завдання по усуненню виявлених недоліків та підвищенню якості допомоги дорослим із діагнозом аутизму. Способами вирішення цих проблем можуть бути:

- інформування широких верств населення щодо наявності проблеми аутизму у дорослих для створення умов для соціальної інклюзії хворих з порушеннями соціальної реципрокності та соціальної взаємодії;
- підвищення освітнього рівня працівників закладів охорони здоров'я для покращення рівня діагностики та надання медичної допомоги хворим із даною патологією;
- розробка керівництв та клінічних протоколів з діагностики та лікування дорослих із аутизмом;
- вдосконалення системи медико-соціальної допомоги та розробка чітких критеріїв при визначенні ознак інвалідності особам із аутизмом після 18 років.

Л. О. Герасименко

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПОДРУЖНЬОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК ІЗ СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,

Кафедра психіатрії, наркології та медичної психології, м. Полтава

Нині зростання кількості соматоформних розладів відбувається неспинно. Це потребує вивчення порушень сексуального здоров'я при даній патології, а також аналізу механізмів їх виникнення, клінічних особливостей, методів психотерапевтичної корекції та корекції подружньої, сексуальної дезадаптації, що неодмінно виникає, як результат хвороби партнера. Було поставлене завдання: на підставі системного, інтегративного

підходу до вивчення стану сімейного функціонування, подружньої дезадаптації в сім'ях, де жінки хворіють на соматоформні розлади, розробити принципи та методи психокорекції.

Вивчено 38 хворих з соматоформними розладами з порушенням сексуального здоров'я жінок та їх чоловіків за допомогою клініко-психопатологічних методів обстеження подружньої пари; системно-структурного

аналізу сексуального здоров'я, сімейного функціонування, здоров'я сім'ї; психодіагностичних методів вивчення відмінностей особистості, міжособистісних стосунків чоловіків та жінок, подружньої пари. Виділені форми подружньої дезадаптації і варіанти сексуальної дисфункції при досліджуваній патології у жінок. У ході дослідження вивчено особистісні відмінності подружніх пар, їх взаємини, мікросоціальні чинники, що впливають на стан адаптації. З числа обстежених у 32 (85 ± 4%) була наявна подружня дезадаптація, у інших 6 (15 ± 4%) дезадаптація не спостерігалась, незважаючи на соматоформні розлади у жінок. Дані подружжя було обстежено в якості контрольної групи. Визначено роль негативних психологічних, соціальних, соціально-психологічних факторів у порушенні подружньої адаптації за визначеної патології. Стан сексуального здоров'я досліджували за методом системно-структурного аналізу за В. В. Кришталем. Встановлено, що у 44 ± 5% мала місце первинна сексуальна дисфункція, у 19 ± 4% – вторинна, і у 37 ± 5% подружжя мала місце первинна сексуальна дезадаптація. Первинна дезадаптація визначалась у комунікативній, статеворольовій, сексуально-еротичній та конституціональній формах, вторинна дисфункція – в паторефлекторній та абстинентній. Первинна сексуальна дезадаптація визначається у чотирьох

клінічних формах – комунікативній, статеворольовій, сексуально-еротичній, конституціональній, кожна з яких має свої причини й механізми розвитку. Комунікативна форма дезадаптації виникає за зниження адаптаційних можливостей особистості внаслідок утруднень у вираженні своїх сексуальних потреб та очікувань на вербальному рівні або ж відсутності почуття любові, навіть до сексуальної і психологічної аверсії. За нашими спостереженнями сексуальна форма аверсії відмічалась у 22 ± 4% випадків, психологічна у 16 ± 4% випадків. Результати психодіагностичних досліджень засвідчили про те, що показники подружньої адаптації і подружнього щастя за сексуально-еротичної і конституціональної форм дезадаптації вище, аніж за комунікативної та статеворольової форми та в більшій мірі призводять до актуалізації внутрішньоособистісного конфлікту у жінок. При соматоформних розладах вторинна сексуальна дисфункція значно погіршує рівень подружньої адаптації. Враховано роль психологічних та соціальних чинників у розвитку психосоціальної, сексуальної дезадаптації подружньої пари. На основі результатів дослідження сформована система диференційованих психотерапевтичних заходів, спрямованих на корекцію сексуального здоров'я та здоров'я сім'ї у жінок, хворих на соматоформні розлади.

А. Н. Дзюба, Н. А. Дзеружинская, Е. В. Харчук

ВЛИЯНИЕ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ НА ФОРМИРОВАНИЕ КОГНИТИВНОГО ДЕФИЦИТА У ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Цель исследования. Оценить влияние гипертонической болезни на выраженность когнитивного дефицита у пациентов с параноидной шизофренией.

Материал и методы. Обследовано 65 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Основную группу составили 36 пациентов, у которых помимо основного заболевания была диагностирована гипертоническая болезнь 2 ст. Группу сравнения составили 29 пациентов с неосложненной шизофренией. Все обследуемые были женщинами, проходившими лечение в условиях психиатрического стационара. Группы были сопоставимы по возрастному составу, уровню образования и актуальному социальному статусу. Нейропсихологическое обследование проходило на этапе становления ремиссии – в среднем на 14–17 день госпитализации. Все пациенты находились на антипсихотической терапии, включавшей в себя комбинацию конвенциональных и атипичных нейролептиков. Методы исследования: социально-демографический, экспериментально-психологический, статистический. Проведение экспериментально-психологического исследования включало в себя использование комплекса нейропсихологических тестов: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), тест «10 слов» А. Р. Лурия, тест зрительной ретенции А. Бентона, тест беглости речевых ответов (VFT) – категориальная и буквенная части, тест Струпа, тест на

зрительно-моторную координацию (Trailmakingtest, TMT). Статистическая обработка осуществлялась с помощью статистического пакета SPSSStatistics 17.0.

Результаты. Клинико-психопатологическая структура обеих групп существенно различалась: если в основной группе преобладали пациенты с параноидной симптоматикой (52,8% против 34,5% в группе с неосложненной шизофренией), то в группе сравнения чаще наблюдалась галлюцинаторно-параноидная (55,2% по сравнению с 27,8% в основной).

Все когнитивные тесты показали достоверное худшее выполнение когнитивных тестов пациентами с шизофренией, отягощенной гипертонической болезнью ($p \leq 0.01$, U-критерий Манна-Уитни), за исключением показателей первой части теста Струпа (методика словесно-цветовой интерференции), имеющей вспомогательное значение. Это может свидетельствовать о более выраженном когнитивном дефиците у лиц из основной группы, что подчеркивает значение коморбидной соматической патологии, ухудшающей протекание психического заболевания и приводящей к прогностически неблагоприятному сценарию протекания эндогенно-процессуального расстройства.

Обсуждение. Согласно полученным данным, гипертоническая болезнь оказывает клиническое

«вмешательство» в течение шизофренического процесса, затрагивая как клинико-психопатологическую структуру психического заболевания, так и когнитивное функционирование, что проявляется в более грубой выраженности когнитивного дефицита. Данные выводы могут иметь значение в построении терапевтического

процесса и формировании реабилитационных программ, направленных на достижение комплаентности касательно не только антипсихотического лечения, но и мероприятий, нацеленных на устранение отягощающих соматогенных факторов.

О. М. Дзюба, Н. О. Дзеружинська, І. Ф. Здорик
ВЛИВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ НА КОГНІТИВНІ ФУНКЦІЇ ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ
НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Національний медичний університет ім. акад. О. О. Богомольця, м. Київ

З метою дослідження впливу депресивних розладів на когнітивні функції у жінок, які страждають на гіпертонічну хворобу нами було обстежено 67 пацієнтів, які знаходилися на стаціонарному лікуванні у відділенні гіпертонічної хвороби Національного наукового центру «Інституту кардіології імені академіка М. Д. Стражеска» з діагнозом гіпертонічна хвороба II ст. До основної групи увійшли 35 осіб, у яких було діагностовано депресивний розлад. Група порівняння складалася з 32 пацієнтів. Усі обстежені були жінками; групи суттєво не відрізнялися між собою за віком, освітою та соціальним статусом. Усім хворим проводили клініко-психопатологічне, клініко-неврологічне та нейропсихологічне обстеження. Соціально-демографічні показники вивчалися за допомогою уніфікованої карти обстеження. Нейропсихологічне дослідження проводилось на 2–3 день госпіталізації включало в себе Монреальський когнітивний тест (MoCA), методика «Запам'ятовування 10 слів» О. Р. Лурія, тест «Шифровка», тест «Коректурна проба», методика «Таблиці Шульте». У комплексі психодіагностичних методів застосовували шкали реактивної й особистісної тривожності Спілбергера-Ханіна; клініко-психопатологічний метод доповнювали використанням госпітальної шкали тривоги та депресії (HADS).

Середній вік основної групи склав $60,4 \pm 7,5$ роки, групи порівняння – $57,06 \pm 6,83$ роки. Розподіл соціально-демографічних показників не відрізнявся у обох групах, окрім показника «робота»: кількість працюючих пацієнтів була більшою в групі порівняння. Наявність гіпертонічної хвороби в анамнезі, середній вік початку захворювання та вік пацієнта на момент включення в дослідження статистично не відрізнялися між обома

групами. Рівень систолічного артеріального тиску мав тенденцію до більш високих значень у жінок, які страждали на депресивний розлад, поєднаний з гіпертонічною хворобою. Рівень депресії більшості жінок основної групи характеризувався клінічно вираженими симптомами та відповідав 11 балам і більше за HADS. Аналіз співвідношень рівнів реактивної (РТ) та особистісної тривожності (ОТ) виявив більш високий рівень РТ та ОТ у пацієнтів основної групи; однак пацієнти, що страждали на гіпертонічну хворобу без депресивного розладу також мали достатньо високі бали за обома субшкалами (РТ $40,8 \pm 10,9$ та ОТ $46,6 \pm 8,2$). Результати Монреальського когнітивного тесту були достовірно зниженими у пацієнтів обох груп, проте жінки основної групи мали гірші показники, ніж хворі групи порівняння ($23,0 \pm 2,4$ та $24,0 \pm 1,6$ відповідно). Аналогічна тенденція спостерігалася при виконанні методик «Таблиці Шульте» та «Запам'ятовування 10 слів», тесту «Шифровка» та «Коректурна проба».

Аналіз отриманих результатів свідчить про те, що депресія чинить негативний вплив на перебіг гіпертонічної хвороби та сприяє зниженню когнітивних функцій. У ряді випадків депресивний розлад може «маскуватися» за когнітивним дефіцитом. Таким чином, соматична обтяженість пацієнтів старшої вікової групи часто приводить до діагностичних труднощів, і, як наслідок, збільшення відсотка нерозпізнаних депресій. Діагностика депресивних розладів та когнітивних порушень у пацієнтів з гіпертонічною хворобою дозволить диференційовано підходити до терапії та реабілітації зазначеного контингенту хворих, сприятиме зниженню ризику розвитку деменції, поліпшенню якості життя пацієнтів.

О. М. Дзюба, О. С. Орлова
КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПАЦІЄНТІВ НЕВРОЛОГІЧНОГО
ПРОФІЛЮ

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

За останні роки погляди вчених на механізми формування хронічного прогресуючого судинного ураження головного мозку зазнали суттєвих змін. Що відповідно

знайшло своє відображення і в зміні розуміння самого визначення поняття «дисциркуляторна енцефалопатія (ДЕ)». На сучасному етапі ДЕ розглядається, як синдром

хронічного прогресуючого багатогнищового або дифузного ураження головного мозку різної етіології, який проявляється різноманітними неврологічними, нейропсихологічними і психічними порушеннями, що розвивається в результаті повторних гострих порушень кровообігу та/або хронічної недостатності кровопостачання головного мозку.

Новітні дослідження клінічної картини ДЕ дозволили також акцентувати увагу саме на когнітивних порушеннях, які являють собою своєрідне ядро клінічної картини, яке у більшості випадків визначає тяжкість стану пацієнтів. Важливо відмітити, що когнітивні розлади є достатньо відтворюваним симптомом ДЕ, тобто при повторних дослідженнях вони мають однакові прояви, навіть, якщо ці дослідження проводились різними спеціалістами, на відміну від об'єктивних патологічних симптомів початкових проявів ДЕ. А тому, саме дослідження когнітивних порушень має найбільше діагностичне значення. А їх ретельне вивчення разом з когнітивними розладами та оцінкою якості життя даного контингенту пацієнтів дозволяє виявити, необхідні для подальшої медикаментозної інтервенції, важливі зв'язки.

За характером та вираженістю нейропсихологічних симптомів когнітивні розлади клінічно різноманітні. На ранніх стадіях ДЕ вони характеризуються легким або помірним ступенем вираженості. Легкі когнітивні розлади (ЛКР) мають нейродинамічний характер. ЛКР не утруднюють професійну та соціальну активність, але їх можна виявити, спираючись на скарги пацієнта та проведення нейропсихологічного дослідження. У пацієнтів з помірним когнітивним розладом (ПКР) виявляються первинні порушення запам'ятовування, орієнтування, просторових функцій, функцій мови. При цьому порушується виконання навіть тих нейропсихологічних тестів, в яких не було введено обмеження часу, але тим не менш зберігається здатність до компенсації когнітивного дефекту.

Серед афективних порушень для ранніх стадій ДЕ найбільш характерна судинна депресія та емоційна лабільність. Зниження фону настрою відмічається у більшості випадків ДЕ та частіше являється легким або помірним по вираженості. При цьому емоційні розлади можуть негативно впливати на когнітивну сферу. Однак, вираженість депресії при ДЕ не відповідає вираженості

когнітивних розладів. При ДЕ когнітивні та афективні порушення являють собою незалежні один від одного паралельні розлади.

Метою нашого дослідження було вивчити ранню маніфестацію когнітивних та афективних порушень у пацієнтів середнього віку із дисциркуляторною енцефалопатією різного ступеня вираженості.

Матеріали та методи дослідження. Нами було обстежено 60 пацієнтів двох неврологічних відділень міської клінічної лікарні №4 міста Києва з діагнозом ДЕ I-III ст. Віковий діапазон склав 45–59 років, що відповідає середньому віку за визначенням ВООЗ. Контрольна група складалась із 30 відносно здорових осіб. Для оцінки когнітивних та афективних порушень застосовувались такі методики: Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій, тест малювання годинника, тест вербальних асоціацій, проба Шульте, запам'ятовування та відтворення 12 слів, госпітальна шкала депресії та тривоги, шкала Спілбергера–Ханіна. Для оцінки якості життя – шкала SF-36.

Результати. За даними результатів проведеного нами дослідження порушення когнітивних функцій відмічались у 74,2% хворих. У структурі когнітивного дефіциту переважали помірні (48,7%) та легкі (42%) розлади, рідше спостерігались тяжкі когнітивні порушення (9,3%). У стані афективної сфери була виявлена наявність депресивного синдрому (в 15,3%). В легкому ступені депресивна симптоматика була відмічена у 75 (6%), в помірному ступені – 24,4%, тяжкий ступінь діагностовано не було.

Обговорення. У ході дослідження виявлено кореляцію між ступенем вираженості ДЕ та глибиною когнітивних та афективних порушень. Порушення когнітивних функцій у більшості пацієнтів у кожній з груп відповідно до розподілу за ступенем ДЕ в цілому мали схожі характеристики. Наявність депресивного синдрому у деяких пацієнтів була фактором, який додатково погіршував тяжкість когнітивного дефіциту. Таким чином, подальше вивчення когнітивних та афективних порушень при ДЕ та їх кореляційних зв'язків на різних рівнях дозволить оптимізувати надання допомоги пацієнтам для стабілізації їх стану та попередження трансформації когнітивних розладів у деменцію, а також дозволить забезпечити довгострокове покращення якості їх життя.

**О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов,
К. І. Тарновецька, О. В. Прохорова**

СИСТЕМНИЙ ПІДХІД ДО ПРОБЛЕМИ ПОШИРЕНОСТІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ У ЗАГАЛЬНОСОМАТИЧНІЙ МЕРЕЖІ

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

Тенденцією останніх десятиліть, за даними епідеміологічних досліджень різних країн, є виявлення значної частки пацієнтів з психічними розладами поза психіатричної мережі (Goldberg D. і співавт., 1995; Jacobi F., Wittchen HU., 2005; Ohayon M.M., 2007; Марута Н. О.,

2008, 2012; Чабан О. С., Хаустова О. О. 2012), причому більшість із них накопичується в установах загальносоматичного профілю (Sartorius N., 1995; Лебедева В. Ф., Семке В. Я., 2007; Краснов В. М. і співавт., 2008; Табачников С. І., 2009; Чабан О. С., 2011, Пінчук І. Я., 2010).

Більшість цих пацієнтів з поєднаними розладами ніколи не звертаються за допомогою до установ психіатричної мережі – цей контингент не враховується службами статистики в офіційних звітах як такий, що потребує психіатричної допомоги, отже, спотворюється клінічна реальність і епідеміологічні тенденції у психіатрії (Чуркін А. А., 2007; Незнанов Н. Г., 2009; Марута Н. О., 2009; Чабан О. С., 2010).

Як відомо, психічні розлади багаторазово збільшують тяжкість перебігу соматичної хвороби, підвищують загрозу для життя, посилюють тягар захворювання (Маркова М. В., 2005; Чазов Є. І., 2007; 2009), при цьому питання співвідношення психічних і хронічних неінфекційних захворювань, що спостерігаються на етапі первинної ланки медичної допомоги, залишаються найменш розробленими (Смулевич А. Б., 2007, 2010; Марута Н. О., 2011). Тому необхідно науково обґрунтувати, розробити системну програму для скринінгової діагностики з подальшим моніторингом психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями на рівні первинної ланки надання медичної допомоги. Для досягнення зазначеної мети необхідно:

досліджувати поширеність та клінічний розподіл психічних і психосоматичних розладів; верифікувати на статистичному рівні клінічну систематику, розробити батарею скринінгових тестів для пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями; визначати принципи алгоритму терапевтичної тактики, диференційованих відповідно до спектра психопатологічних порушень і на підставі отриманих даних створити модель психіатричної допомоги «зустрічного руху» з визначенням організаційних форм участі спеціалізованої служби в умовах загально соматичної мережі та їх взаємодії з іншими службами. Вперше в одній системі будуть поєднані клініко-анамнестичний, нейрофізіологічний, патопсихологічний, клініко-психопатологічні методи з визначенням індикаторів, предикторів і превенторів психічних розладів у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями. Впровадження системи має забезпечити ефективне міждисциплінарне співробітництво психіатрів та лікарів загальної практики щодо пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями для покращення якості життя пацієнтів і раціонального використання медичних ресурсів.

**О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, О. В. Бушинська, В. П. Кардашов,
К. І. Гарновецька, О. В. Прохорова**

ПРОБЛЕМА НАДАННЯ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ

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

Важливість поєднання психічного, соматичного та соціального здоров'я людини була підкреслена у визначенні Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ) і отримала вагоме підтвердження в багатьох наукових дослідженнях. Частота психосоматичних розладів є досить високою і коливається серед населення від 15 до 52%, а в загально медичній практиці – від 30 до 57%. Останнім часом відзначається тенденція до зменшення проявів психічних порушень, але насправді це не так і пояснюється тим, що вони стали м'якші, «непомітніші», «терпиміші для оточуючих» (Goldberg D. і співавт., 1995; Jacobi F., Wittchen HU., 2005; Ohayon M.M., 2007; Марута Н. О., 2008, 2012; Чабан О. С., Хаустова О. О. 2012). Прогнозується «вуалізація» і зростання кількості психічних порушень у загально соматичній мережі відповідно даних ВООЗ до 2020 року. Діагностика з установкою соматичного діагнозу та ігноруванням психічних порушень лікарями загальносоматичної мережі призводить до неадекватного лікування, хронізації, а/ або багаторазово збільшує тяжкість перебігу соматичної хвороби, підвищує загрозу для життя, посилює тягар

захворювання (Маркова М. В., 2005; Чазов Є. І., 2007; 2009; Хаустова О. О. 2012). Все це свідчить, що питання співвідношення психічних і хронічних неінфекційних захворювань, що спостерігаються на етапі первинної ланки медичної допомоги, залишаються найменш розробленими в психіатрії (Смулевич А. Б., 2007, 2010; Марута Н. О., 2011).

Крім того, недостатньо визначена потреба в психотерапії з урахуванням диференційованих підходів на підставі клінічних маркерів, психосоматичних кореляцій, особливостей поведінки пацієнтів загально медичної мережі з психічною патологією, а також індивідуальних відмінностей впливу психотропних засобів при поєднаній патології.

Впровадження комплексного підходу до діагностики і терапії психічних розладів в загальносоматичній мережі у пацієнтів з хронічними неінфекційними захворюваннями дозволить своєчасно діагностувати наявність психічних розладів та надати кваліфіковану медичну допомогу, що покращить якість життя пацієнтам.

К. В. Дубовик

СЕНСОРНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА АУТИЗМА У ДЕТЕЙ

Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

Одной из задач при реабилитации детей с расстройствами спектра аутизма (РСА) является уменьшение проявлений ауто стимуляций, стереотипных движений и форм поведений.

Целью исследования была разработка эффективных стратегий устранения стереотипных форм поведенческих и двигательных нарушений при РСА. Для решения поставленной цели проводилось выявление связи частоты проявлений сенсорных нарушений с другими клинико-динамическими особенностями аутистических расстройств у пациентов.

Было обследовано 66 детей в возрасте от 2 до 6 лет (средний возраст 2 года 8 месяцев).

Для диагностики РСА использовали полуструктурированное интервью с родителями ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised). Для определения уровня и силы проявлений стереотипных движений и стереотипных форм поведения – домен «С» ADI-R. При помощи психо-образовательного профиля (PEP-R) и скрининг адаптивного поведения от рождения до совершеннолетия (Vineland-II (Vineland Adaptive Behavior Scales, Second Edition)) оценивались особенности психомоторного развития и адаптивных форм поведения. Сенсорные нарушения анализировались при помощи измерений сенсорных нарушений (Sensory Processing Measure-Preschool).

В зависимости от модальности сенсорных нарушений дети были разделены на группы: 1) с преобладанием зрительных сенсорных интересов (смотрят на яркие

источники света, наблюдают за вращающимися предметами, демонстрируют стереотипные движения пальцами рук перед глазами); 2) с преобладанием слуховых сенсорных интересов (закрывают руками уши, «щелкают» пальцами рук, извлекают определенные звуки из окружающих предметов); 3) с преобладанием тактильных сенсорных интересов (манипулируют мелкими предметами, трут ладонями или ступнями о различные поверхности); 4) с преобладанием вестибулярных сенсорных интересов (стремятся к вестибулярным ощущениям) («висят» вниз головой, любят кататься на каруселях, на качелях, раскачиваются из стороны в сторону); 5) с преобладанием вкусовых сенсорных интересов (облизывают различные предметы, засовывают части тела или предметы в рот); 6) с преобладанием обонятельных сенсорных интересов (обнюхивают предметы, объекты, людей).

Полученные результаты свидетельствуют, что позитивная динамика в когнитивном развитии после проведения сенсорных тренингов имела прямую корреляцию со временем начала интервенций и обратную корреляцию с тяжестью перцепторных нарушений. Наказания при демонстрации ребенком ауто стимуляций негативно влияло на его когнитивное развитие, вело к усилению протестных форм поведения. Атипичные антипсихотики были не эффективны при коррекции стереотипных движений, связанных с сенсорными интересами, в ряде случаев приводили к усилению ауто стимуляций.

Разработаны рекомендации для коррекции проявлений стереотипных форм поведения при РСА.

А. В. Єжов

СУЧАСНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ

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

Актуальність своєчасної діагностики і лікування психічних розладів неспихотичного рівня пов'язана із збільшенням частоти цих станів – від 15 до 50% у загальній популяції населення. Психічні розлади, навіть не дуже виражені, посилюють перебіг соматичного захворювання, збільшують число днів непрацездатності або стаціонарного та санаторно-курортного лікування (Пінчук І. Я., 2006). Лікування порушень неспихотичного рівня є невирішеною проблемою, оскільки ряд коморбідних соматичних захворювань має психопатологічні прояви, деякі медикаменти, особливо при тривалому прийомі, не говорячи вже про передозування, можуть викликати побічні ефекти з боку психіки від легкої астенії до психотичних станів. Багато психотропних препаратів володіють токсичністю, тому актуальним залишається питання пошуку інших оптимальних методів і засобів

корекції порушень психічного статусу, що виникають у хворих з соматичної патологією.

Комплексне вивчення поширеності, структури, клінічної динаміки психічних розладів неспихотичного рівня у осіб, які перебувають в умовах санаторно-курортного лікування є важливим етапом до подальшої розробки та організації превентивних, діагностичних і лікувально-реабілітаційних програм даної категорії хворих. Для вивчення психосоматичних співвідношень потрібен мультидисциплінарний підхід, що включає методи психофізіологічного аналізу поєднанні з дослідженням функцій клінічної, соматичної, соціальної, фізичної адаптації. Використання методів психодіагностики і виявлення психологічних особливостей сприятимуть диференційованому підходу в здійсненні лікувальних програм у пацієнтів.

Психотерапевтичні заходи для хворих з розладами непсихотичного рівня передбачають гуманістичні підходи (гештальт-терапія, екзистенціальна терапія) направлені на трансформацію соматоцентрованого сприйняття симптомів у площину дослідження інтра-

інтерперсональних психічних процесів, з диференційованим включенням у структуру психотерапевтичних сесій методів, направлених на десоматизацію, вербалізацію і диференціацію афектів та когнітивно-поведінкових підходів.

В. Р. Ілейко, А. В. Каніщев

РОЗМЕЖУВАННЯ КОМПЕТЕНЦІЇ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОГО ЕКСПЕРТА ТА ПСИХОЛОГА – СУДОВОГО ЕКСПЕРТА ПРИ СКЛАДАННІ ВИСНОВКУ (АКТА) КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

У відповідності з чинним законодавством кожен експерт при проведенні експертизи не може виходити за межі своєї компетенції. Для лікарів – судово-психіатричних експертів та психологів – судових експертів, які беруть участь у проведенні комплексної судової психолого-психіатричної експертизи (КСППЕ), межі компетенції визначаються обсягом спеціальних знань вказаних фахівців. При КСППЕ, де об'єкт дослідження (тобто підекспертний та усі надані на експертизу матеріали, що несуть у собі інформацію щодо психічної діяльності особи) для лікаря – судово-психіатричного експерта і психолога – судового експерта є тотожним, оцінка психічної діяльності підекспертного проводиться вказаними фахівцями на різних рівнях, лінією розділення яких є наявність або відсутність психічного розладу.

Так, лікар – судово-психіатричний експерт проводить діагностичну та експертну оцінку психічного стану особи (виявлення психічних розладів у особи в певні юридично значущі періоди часу, у тому числі при розмежуванні психічної норми та психічної патології, диференційну діагностику та експертну оцінку психічних розладів тощо). Психолог – судовий експерт проводить оцінку особливостей психічної діяльності особи без психічних розладів (індивідуально-психологічні особливості, нехворобливе відставання неповнолітнього у психічному розвитку, особливості емоційного стану особи тощо) у певні юридично значущі періоди часу.

Обов'язковим є підпис кожним з експертів результатів особисто проведених досліджень та відповідей на поставлені перед ними питання – як констатація особистої відповідальності за проведене дослідження та його результати, що є єдино можливим варіантом оформлення експертного висновку, який унеможливило вихід

експерта за межі професійної компетенції і збереження експертного висновку (акта КСППЕ) в правовому полі як одного з доказів в кримінальному провадженні.

Як психіатричний, так і психологічний розділи висновку (акта) КСППЕ повинні мати традиційну структуру («дослідження – аналіз – висновок»).

Дослідницька частина психіатричного розділу повинна містити факти, які отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, що стосуються психічного стану особи у різні періоди часу, дані клінічного дослідження особи, виявлені під час проведення експертизи. Дослідницька частина психологічного розділу повинна містити: 1) перелік застосованих методик; 2) факти, отримані при дослідженні поданих на експертизу об'єктів, виходячи з вирішуваних психологом – судовим експертом завдань; 3) дані експериментально-психологічного дослідження, тобто відомості про результати використаних методик.

Мотивувальні частини психіатричного і психологічного розділів акта КСППЕ повинні містити обґрунтоване пояснення фактичних даних щодо психічного стану підекспертного, які встановлені при дослідженні об'єктів експертизи в межах тих завдань, які вирішують судово-психіатричний експерт та психолого-судовий експерт. Таке обґрунтоване пояснення має забезпечити подальше формулювання конкретних та зрозумілих відповідей на експертні питання в межах професійної компетенції експерта.

Висновок КСППЕ повинен містити відповіді на поставлені перед експертами питання. Відповіді групуються у відповідності з компетенцією експерта і підписуються окремо судово-психіатричним експертом та психологом – судовим експертом.

А. В. Каніщев

АЛГОРИТМ ДІЙ ЕКСПЕРТІВ НА ЕТАПІ ПРИЙНЯТТЯ ДО ПРОВАДЖЕННЯ КОМПЛЕКСНОЇ СУДОВОЇ ПСИХОЛОГО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

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

Проведене нами раніше дослідження практики призначення комплексної судової психолого-психіатричної експертизи у кримінальному провадженні засвідчило, що у значній кількості випадків постанови судово-слідчих

органів про призначення таких експертиз складаються з істотними порушеннями (А. В. Каніщев, 2012).

За нашими даними, приблизно у чверті випадків відповідні доручення судово-слідчих органів мали

істотну внутрішню неузгодженість, яка унеможливила проведення КСППЕ, або призначалась однорідна судово-психіатрична експертиза (замість КСППЕ), або постанова містила експертні питання лише до судово-психіатричних експертів (за відсутності питань до психологів – судових експертів).

Вочевидь, що у подібних випадках експерти не мали формальних правових підстав для проведення КСППЕ.

Разом із тим ми практично не зустрічали випадків подання експертами клопотань з приводу уточнення доручення (постанови, ухвали) про призначення експертизи, навіть у зазначених ситуаціях очевидної внутрішньої неузгодженості таких доручень. Між тим таке право експерта прямо передбачено кримінальним процесуальним законодавством. Так, згідно з ч. 7 ст. 69 КПК України, у разі виникнення сумніву щодо змісту та обсягу доручення експерт невідкладно заявляє клопотання особі, яка призначила експертизу, чи суду, що доручив її проведення, щодо його уточнення, або повідомляє про неможливість проведення експертизи за поставленим запитанням без залучення інших осіб.

У цьому зв'язку постає питання щодо належних дій експертів у разі отримання доручення про призначення експертизи, оформленого з недоліками, та способів усунення цих вказаних недоліків.

На нашу думку, рішення щодо прийняття експертизи до провадження та про вибір відповідного формату експертизи повинно прийматися експертами з обов'язковим урахуванням родового найменування призначеної експертизи та характеру питань, поставлених на її вирішення.

Так, якщо слідчим (судом) призначена КСППЕ і на вирішення експертів поставлені питання як психіатричного, так і психологічного характеру, експерти мають усі підстави прийняти цю експертизу до провадження саме як КСППЕ.

У випадку, якщо у справі призначена судово-психіатрична експертиза, однак на її вирішення поставлені питання як психіатричного, так і психологічного характеру, така експертиза повинна бути проведена як однорідна судово-психіатрична, а у її висновку слід зазначити, що питання психологічного характеру виходять за межі компетенції судово-психіатричних експертів.

Якщо ж слідчим або судом надане доручення (постанова, ухвала) про призначення КСППЕ, але експертні питання стосуються лише однієї експертної галузі (судової психіатрії або судової психології), експерти повинні відповідно до ч. 7 ст. 69 КПК звернутися до органу, який призначив експертизу, із клопотанням про уточнення доручення. У цьому клопотанні по можливості викладаються пропозиції щодо оптимального формату експертизи у справі з урахуванням поставлених перед експертами питань. Без відповідного уточнення доручення експертиза до провадження не приймається. Слід зазначити, що в окремих випадках (передусім на етапі досудового розслідування) для уточнення доручення може бути достатньо і усного роз'яснення експерта.

Дотримання вказаного алгоритму дозволить, з одного боку, уникнути помилок процесуального характеру, а з іншого – зменшити зайве навантаження на експертів.

К. І. Клебан

ПОСІДНАННЯ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ НЕПСИХОТИЧНОГО РІВНЯ У ПАЦІЄНТІВ З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ X

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології

Згідно даних сучасної літератури, відмічається тісний взаємозв'язок між розвитком найбільш розповсюджених захворювань людини та порушенням природних біологічних ритмів, які регулюють функції органів та систем нашого організму. До них відносяться циркадні поведінкові ритми, пов'язані з харчуванням та вживанням рідини, цикли «сон-пильнування», терморегуляція організму, функціонування ендокринної та сечо-статевої систем. Десинхронізація даних ритмів сприяє розвитку різних патологічних станів, серед яких провідне місце займає метаболічний синдром X.

Даний симптомокомплекс об'єднує гіперінсулінемію, порушення толерантності до глюкози, дисліпідемію, артеріальну гіпертензію та абдомінальне ожиріння. Клінічна значущість цих порушень є надзвичайно важливою внаслідок збільшення ризику розвитку цукрового діабету та атеросклерозу.

Метаболічний синдром X супроводжується рядом психічних розладів, найчастішими з яких є

тривожно-депресивні та іпохондричні стани, які в свою чергу ведуть до різного роду інсомнічних порушень.

Нами було обстежено 34 хворих з діагнозом метаболічний синдром X, які перебували на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні ДЗ «Дорожня клінічна лікарня №2 ст. Київ» ДТГО «Південно-Західна залізниця». В групу обстежених увійшли особи віком від 28 до 42 років, з них 19 чоловіків та 15 жінок. Для оцінки рівня психічних розладів використовувалися шкали тривоги та депресії Гамільтона, опитувальник якості сну Пітсбургського університету, шкала якості життя. Статистичну обробку отриманих результатів було виконано на персональному комп'ютері за допомогою статистичних програм.

Аналіз отриманих даних показав, що у переважній більшості пацієнтів, а саме у 32 обстежуваних (94,1%), спостерігалися розлади сну у вигляді пре- та інтра-сомнічних порушень, так сумарне значення показника порушення сну склало $9,4 \pm 1,7$ балів. Депресивні

розлади спостерігалися у 29 хворих, так легкою депресією страждали 25 чоловік ($11,4 \pm 2,2$ бали), депресією середнього ступеня – 4 особи ($16,2 \pm 1,6$ бали). Що стосується тривожних розладів, то вони були виявлені у 32 досліджуваних та розподілилися таким чином: тривога легкого ступеня у 14 обстежуваних, середнього – у 18 осіб, що склало відповідно $15,7 \pm 1,2$ та $20,8 \pm 2,7$ балів.

Інтрасомнічні порушення проявлялися у розладах дихання уві сні у вигляді апное, поверхневого сну та раптових пробудженнях, що в свою чергу призводило до денної сонливості та зниженню працездатності. Дані порушення співпадали з високими показниками

цифр артеріального тиску, високим індексом маси тіла та рівнем тривоги. В свою чергу пресомнічні розлади супроводжувалися важкістю засинання, короткою загальною тривалістю сну та корелювали із вираженістю депресивних проявів.

Таким чином, отримані результати свідчать про значну поширеність порушень психоемоційного стану у когорті пацієнтів з метаболічним синдромом Х. Взаємний зворотній зв'язок цих порушень та особливості перебігу захворювання свідчать про необхідність подальшого детального вивчення цієї проблеми для забезпечення ранньої і своєчасної психо- та фармакотерапії.

А. М. Кожина, В. И. Коростий, Е. А. Зеленская, С. Х. Хмарин
КЛИНИКО-ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ СИСТЕМА КОРРЕКЦИИ ДЕПРЕССИВНЫХ
РАССТРОЙСТВ, СОПРОВОЖДАЮЩИХСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ
 Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Цель исследования – оптимизация терапевтических подходов к коррекции непсихотических депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных с психогенными депрессиями, совершивших суицидальную попытку.

Согласно полученным данным, в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения и аффект тоски, астенические симптомы, а также различные тревожные проявления. У подавляющего большинства больных были выявлены различные нарушения цикла сон-бодрствование. Особенностью депрессивных расстройств явилась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами.

Базируясь на полученных в ходе работы данных, нами разработана патогенетически обоснованная система коррекции депрессивных расстройств, сопровождающихся суицидальным поведением, включающая в себя применение комплексных психокоррекционных программ в сочетании с дифференцированной медикаментозной коррекцией.

Психотерапевтическая коррекция должна включать в себя семейную психотерапию, когнитивно-бихевиоральную терапию, интерперсональную и поведенческую психотерапию, психообразовательные тренинги.

Проведенное катамнестическое исследование показало высокую эффективность предлагаемой системы психотерапевтических мероприятий: у 83,8% больных повторных суицидальных попыток не отмечалось, что на 16,2% больше, чем в группе сравнения.

О. В. Кривоногова, А. І. Захарова
АЛЕКСИТИМІЧНІ ТЕНДЕНЦІЇ У ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ
 Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Дослідження вираженості алекситимічних тенденцій було проведено у групі з 20 випробовуваних осіб з вугровою хворобою у віці 18–37 років. Для порівняння нами набрана друга група здорових випробовуваних відповідного віку і статі. Дослідження проводилося з використанням методики «Торонтська алекситимічна шкала». В результаті аналізу отриманих даних з'ясовано, що більшість випробовуваних першої групи (55%) мали високий рівень алекситимії. Вони відрізнялися обмеженою здібністю до сприйняття власних відчуттів і емоцій, їх адекватної вербалізації і експресивної передачі. Для таких осіб характерною була фіксація на

фізичних відчуттях, часто не пов'язаних із захворюванням, а внутрішні відчуття позначалися звичайно в проявах дратівливості, нудьги, порожнечі, втоми, збудження, напруги та інші. Їх афекти були неадекватними, їм важко було вербалізувати відчуття. Також випробовувани з високим рівнем алекситимії відрізнялися нерозвинутою фантазією, тенденцією до імпульсивності, бідністю міжособистісних зв'язків. У групі здорових випробовуваних високий рівень алекситимії був виявлений у 2 випадках із 20. Таким чином, алекситимію можна вважати характерною рисою осіб, що страждають вугровою хворобою.

О. В. Кривоногова, И. В. Прокопчук
ДЕЗАДАПТИВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ
Одесский национальный медицинский университет, г.Одесса

Под нашим наблюдением находились две группы испытуемых: основная и контрольная. Основную группу составили 20 лиц, страдающих псориазом, и контрольную – 20 здоровых испытуемых в возрасте 18–53 года.

Нами проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование испытуемых основной и контрольной групп с целью выявить и сравнить у них уровни тревожности и депрессии.

С целью определения уровня ситуативной и личностной тревожности использовали опросник Спилбергера-Ханина, а степень депрессии в группах испытуемых определяли с помощью опросника «Шкала депрессии Бека».

Исходя из полученных данных, был сделан вывод, что высокий уровень тревожности (и ситуативной, и личностной) достоверно чаще встречается в группе испытуемых, страдающих псориазом ($40 \pm 11\%$), по

сравнению с группой здоровых лиц ($10 \pm 7\%$, $p < 0,05$). Умеренный и низкий уровни тревожности, соответственно, достоверно чаще встречались в группе лиц контрольной группы (соответственно $55 \pm 11\%$ и $35 \pm 11\%$).

В нашей выборке у большинства испытуемых основной группы ($40 \pm 11\%$) отмечалась средняя степень депрессии, тогда как в контрольной ($60 \pm 11\%$) она была значительно меньше ($60 \pm 11\%$).

Полученные данные подтверждают, что пациенты с псориазом в целом отличаются наличием социально-психологической дезадаптации (в наибольшей степени выражены повышение уровня ситуативной и личностной тревожности). Проведенный анализ особенностей адаптации у больных с псориазом свидетельствует о необходимости психологической помощи данному контингенту больных.

Л. О. Кригіна
КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД ДО ВІЯВЛЕННЯ РОЗЛАДІВ МИСЛЕННЯ У НЕПОВНОЛІТНІХ ПРАВОПОРУШНИКІВ

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

З метою розробки стандартизованих протоколів судово-психіатричного дослідження неповнолітніх правопорушників з позицій необхідності та достатності проаналізована ефективність використання клініко-психопатологічного та експериментально-патопсихологічного методів при виявленні розладів мислення у неповнолітніх.

Проаналізовано 103 випадки стаціонарної судово-психіатричної експертизи неповнолітніх правопорушників, у клінічній картині яких на першому місці виявлялись поведінкові розлади (органічні розлади, розлади поведінки, особистості тощо).

Ті чи інші порушення процесу мислення клініко-психопатологічним методом (надалі умовно названий як клінічний метод) виявлені в цілому в 78,6% підлітків, експериментально-патопсихологічним (надалі умовно названий як експериментальний метод) – в 85,4%, без статистично достовірної різниці.

У той же час при клінічному дослідженні статистично достовірно частіше, ніж при експериментальному, констатовувалась ґрунтовність мислення ($p = 0,02$), непослідовність мислення ($p = 0,01$), «напливи» думок ($p < 0,0001$), «Пустота», «зупинки», «обриви» думок описані тільки в записах психіатрів ($p = 0,004$).

Клінічним методом також частіше виявлялась паралогічність мислення, але різниця не досягає рівня статистичної достовірності.

Конкретне та приближене до конкретного мислення, непродуктивне мислення однаково часто описувались як психіатрами, так і психологами.

Між тим, експериментально-патопсихологічний метод дослідження достовірно частіше ($p < 0,05$) виявляв такі особливості мислення, як бідність асоціацій, знижену здатність до абстрагування, узагальнень, синтезу та аналізу. Статистично достовірно частіше експериментально-патопсихологічно виявлялись також нерівномірність рівня узагальнень ($p = 0,0002$), нерівномірність інтелектуального функціонування ($p = 0,0001$), незвичні трактування, своєрідність мислення ($p = 0,005$), віддаленість асоціацій ($p = 0,01$), різноплановість мислення ($p = 0,001$).

Експериментальним методом також частіше виявлялась уповільнене, інертне, прискорене мислення, виснажуваність, «зісковзування», порушення цілеспрямованості, розпливчастість мислення, афективність (емотивність) логіки, але різниця не досягає рівня статистичної достовірності.

Таким чином, при виявленні розладів мислення у неповнолітніх з поведінковими розладами клініко-психопатологічний та експериментально-патопсихологічний методи є взаємопов'язаними та взаємодоповнюючими. Експериментально-патопсихологічне дослідження повинно бути включене як обов'язкове до стандартизованих протоколів судово-психіатричного дослідження неповнолітніх правопорушників.

Л. О. Кригіна

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ БРОДЯЖНИЦТВА У НЕПОВНОЛІТНІХ ЗЛОЧИНЦІВ З ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

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

З метою запобігання формування стійких дезадаптивних розладів у неповнолітніх та розробки реабілітаційно направлених медико-педагогічних індивідуалізованих стратегій проаналізовано підґрунтя формування бродяжництва у 103 неповнолітніх, яким при проходженні стаціонарної судово-психіатричної експертизи встановлені діагнози психічних розладів неспихотичного рівня (органічні психічні розлади, розлади поведінки).

Як правило, формування бродяжництва відбувалося на підґрунті прогулів у школі (виявлені в 68,9% вибірки) та втеча з дому (виявлені в 52,3% випадків). Втечі з дому в 11,7% розпочинались в допубертатному, а в 40,8% – в пубертатному періоді (в тому числі в 31,1% – в негативній фазі пубертату, а 9,7% – в позитивній).

Із 52,4% наявності втеч з дому тільки в 6,8% вони припинились після першої втечі, а в 45,6% були багаторазовими (із них в 40,8% – частими і тільки в 4,9% – поодинокими). Якщо прийняти всі випадки втеч з дому за 100%, то 78% з них являлись багаторазовими частими, 9% – багаторазовими поодинокими і тільки в 13% втеча була єдиною.

Із 52,4% випадків наявності втеч з дому причини першої втечі вдалося виявити тільки в половині з них (24,3%). При цьому в 6,8% випадків підлітки втікали з метою уникнути тих чи інших проблем, в 6,8% – як реакція протесту на надмірні вимоги, в 3,9% – як реакція тривоги зі страху покарання, в 2,9% – з метою пошуку розваг та задоволень, в 1,9% – як реакція протесту на недостатність уваги з боку близьких, в 1% – як «специфічно пубертатна втеча» внаслідок фантазерства та мрійництва, і тільки в 1% випадків – у зв'язку з наявними психопатологічними розладами.

Із 45,6% випадків багаторазових втеч з дому найбільш поширеними їх причинами було бажання уникнути труднощів (23,3%), отримати розваги та задоволення, втамувати «сенсорну жагу» (21,4%), задовольнити прагнення

самостійності – «емансипаційні втечі» (20,4%), продемонструвати протест проти надмірних вимог (19,4%). Деколи втечі були обумовлені страхом покарання (9,7%), фантазерством та мрійництвом (7,8%), протестом проти недостатньої уваги зі сторони близьких (5,8%). Тільки в 2,9% випадків втечі були обумовлені психопатологічними розладами. В кожному конкретному випадку іноді виявлялось поєднання декількох причин.

Порівняння причин першої та наступних втеч виявляє, що з часом з'являються «емансипаційні» втечі, більш значну роль починають відігравати втечі з метою отримання задоволення і розваг та «специфічно-пубертатні втечі» внаслідок фантазерства та мрійництва.

Із 52,4% випадків втеч з дому найчастіше (35,9%) вони тривали до тижня, рідше – до місяця (8,7%) або більше (7,8%). В 29,1% випадків підлітки поверталися додому самостійно, а в 23,3% їх знаходили працівники міліції. Втечі зазвичай були груповими (48,1%), рідше підлітки втікали поодинокі (14,8%). Втечі рідко планувалися завчасно (15,5%), частіше були ситуаційно обумовленими.

При цьому неповнолітні вирушали в інші міста (21,4%), переховувалися в підвалах, на горищах, в під'їздах (19,4%), розважались (9,7%), здійснювали крадіжки для самозабезпечення (7,8%), жебракували (2,9%). Практично всі підлітки зловживали алкоголем, курили, експериментували з наркотичними речовинами.

Таким чином, бродяжництво неповнолітніх з психічними розладами неспихотичного рівня зумовлене насамперед негативними мікросоціальними та соціально-психологічними впливами, а не біологічними (розлади потягів, афективні фази) чинниками. Неповнолітні, що втекли з дому, потребують комплексної медико-психолого-педагогічної корекції, з розробкою індивідуальних програм допомоги.

Є. В. Кришталь, М. В. Маркова, Л. І. Лобойко

ДО ПИТАННЯ ВПЛИВУ ТИПУ ВИГОДОВУВАННЯ НА СТАН ВЗАЄМОДІЇ В СИСТЕМІ «МАТИ – ДИТИНА» ПРОТЯГОМ ПЕРШОГО РОКУ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

З метою ідентифікації впливу типу вигодовування на стан взаємодії в системі «мати – дитина», протягом 2010–2012 рр. на базі комунального закладу охорони здоров'я «Харківська міська поліклініка №9», нами були обстежені 154 жінки після вдалих неускладнених пологів, і їхні діти з типовим типом розвитку раннього віку. Перше обстеження здійснювали на 14–21 день після пологів, на момент педіатричного огляду дитини, друге – через 3 місяці після першого. Комплекс обстежень

включав клінічне інтерв'ювання та психодіагностичне дослідження жінок, а також оцінку психомоторного розвитку дитини. У повторному обстеженні взяли участь 140 жінок та їх дітей. Критеріями включення в обстеження були: перша вагітність без ускладнень і перші благополучні пологи; оцінка соматичного стану дитини за шкалою Апгар ≥ 7 балів; відсутність в анамнезі психічних і поведінкових розладів; наявність повної сім'ї разом з подружжям.

З огляду на мету дослідження, жінки були розподілені на дві групи в залежності від типу вигодовування. До основної групи увійшли матері, які годували дитину штучно: 75 осіб на момент першого обстеження, 69 – через 3 місяці, до групи порівняння – жінки, що годували дитину природнім способом: 79 осіб на момент першого обстеження, 71 – при повторному обстеженні. До дослідження не включались жінки, які мали досвід природнього годування на момент першого обстеження та перейшли до штучного або змішаного способу на момент другого обстеження.

На підставі вивчення динаміки стану психоемоційної сфери жінок в ранньому післяпологовому періоді, можна стверджувати, що протягом першого місяця після пологів у рамках формування адаптації до материнства, більшість жінок обох груп (65,6%), незалежно від типу годування дитини, відчували окремі симптоми тривожного й депресивного характеру, які у основній частині з них нівелювалися протягом 3 місяців після пологів. Між тим, у іншій частині жінок (45%) ці явища прогресували до клінічно окреслених порушень (20%) або мозаїчно представлених психопатологічних включень (25%), причому, достовірної різниці між жінками з різними типами вигодовування немовляти не встановлено.

Вивчення рівня готовності до материнства довело відсутність достовірної різниці за розподілом цього показника серед жінок з різним типом годування дитини, проте, дозволило встановити достовірні відмінності в залежності від стану психоемоційної сфери матерів ($p \leq 0,05$). Так, серед жінок, які годували дитину штучно, низький рівень готовності до материнства встановлений в 21,7% випадках, а серед матерів з природнім типом вигодовування – 14,1%; середній рівень виявився характерним для більшості матерів незалежно від типу годування – для 56,5% жінок зі штучним та 63,4% обстежених з природнім його типом; висока готовність до материнства виявлена у 21,7% осіб групи штучного і 22,5% – з групи природнього годування. Між тим, низька готовність до материнства виявилась притаманною винятково жінкам з порушенням психоемоційної сфери, серед яких 42,9% дотримувались штучного, а 35,7% – природнього типу годування дитини. У інших жінок, в яких були діагностовані психоемоційні розлади, стан готовності до материнства був на середньому рівні (57,1% осіб зі штучним та 64,3% обстежених з природнім типом годування).

При аналізі дії патологічних психосоціальних факторів встановлені розбіжності між жінками з різним станом психоемоційної сфери та відсутність достовірних

відмінностей в залежності від типу вигодовування дитини. Принциповою відмінністю між психологічно благополучними обстежуваними та жінками з психоемоційними розладами, була наявність в останніх проблем, пов'язаних зі стосунками подружжя (Z 63.0) та неадекватної сімейної підтримки (Z 63.2), що сприяло розвитку психоемоційних порушень та негативно впливало на стан даїдної взаємодії між матір'ю та дитиною ($p \leq 0,05$). Крім того, приблизно для третини жінок з психоемоційними розладами, як тих, що годували дитини природнім шляхом, так і тих, які використовували штучне вигодовування, вагітність була небажаною, що обумовлювало сприйняття жінкою вагітності, пологів та післяпологового періоду як довгострокової психотравмуючої ситуації. Крім небажання та/або коливання в прийнятті рішення народити дитину, для них було характерним наявність негативних відчуттів і переживань в період вагітності, відсутність відчуття спільності з народженою дитиною, що також сприяло формуванню деформації материнсько-дитячої взаємодії.

Таким чином, у результаті дослідження доведено, що відсутність природнього годування дитини, за умови наявності психологічної готовності до материнства, високого рівня усвідомлення батьківства на тлі гармонійної подружньої взаємодії та адекватної сімейної підтримки, які стають запорукою стану психологічного благополуччя матері, не стає негативним фактором, який визначає обов'язковість виникнення деформації взаємодії в системі «мати – дитина». Проте, ми вважаємо, що в основі викривлення діадної взаємодії в системі «мати – дитина» лежить порушення психоемоційної сфери у матері у вигляді як клінічно окреслених розладів, так і мозаїчно представлених психопатологічних включень тривожно-депресивного спектра, наявність яких руйнує її цілісність, щільність, безперервність і наповненість, що обумовлює повільний психомоторний розвиток дитини. Тригерним фактором у цьому випадку виступає відсутність психологічної готовності до материнства, підтримуючими – наявність проблем у взаєминах з чоловіком і недостатність сімейної підтримки, що призводить до порушення взаємодії в системі «мати – дитина», подальшого погіршення внутрішньосімейних відносин і посилення тяжкості психопатологічної симптоматики. Тим часом, висока готовність до материнства у поєднанні з достатнім рівнем сімейної підтримки є протективними факторами, що сприяють успішній адаптації жінки до материнства і формуванню оптимального рівня взаємодії в системі «мати – дитина», незалежно від типу вигодовування дитини.

А. И. Мамчур¹, А. Н. Лазаренко²

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ СОМАТИЗИРОВАННОГО РАССТРОЙСТВА

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета», г. Днепропетровск

Объектом наблюдения явились 19 больных с диагнозом соматизированное расстройство (F 45.3) согласно критериям МКБ-10, находившихся на стационарном лечении в нашей больнице. Клиническое наблюдение и анализ анамнестических данных (не менее 2 лет) позволил выявить и описать манифестный этап соматизации, который клинически мог быть оценен как соматоформная вегетативная дисфункция продолжительностью менее 6 месяцев, обращением у врачей соматического профиля, множественными диагностическими мероприятиями, приемом соматотропных и нейротропных препаратов. Так как описанные выше больные ранее за

помощью к психиатру не обращались, то у них отмечалось усложнение симптоматики, что расценено было нами как следующий этап – этап развития соматизации продолжительностью от 6 месяцев до нескольких лет. Клиническое состояние этих больных, по данным анамнеза, можно было бы оценить как недифференцированное соматоформное расстройство. Следовательно, клиничко-анамнестическое исследование больных с соматизированным расстройством позволило предположить, выделить и описать этапы его развития для разработки, в последующем, лечебно-реабилитационных программ для больных с соматоформными расстройствами.

А. И. Мамчур¹, А. Н. Лазаренко²

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ – СТРАТЕГИЯ ОПТИМИЗАЦИИ ТЕРАПИИ ШИЗОФРЕНИИ (ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОЛОНГИРОВАННОЙ ФОРМЫ АНТИПСИХОТИКА ВТОРОГО ПОКОЛЕНИЯ)

¹ ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины»

² КУ «Днепропетровская областная клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного совета»

Отказ от устаревших подходов в лечении шизофрении (полипрагмазия и т. д.); отсутствие в последние десятилетия принципиально новых методов лечения, кроме психофармакотерапевтических; отсутствие новых молекул антипсихотиков с принципиально новым механизмом действия; а так же наш собственный опыт лечебно-консультативной работы позволил пересмотреть собственные подходы в её лечении. Современная стратегия в лечении больных шизофренией подразумевает способность и готовность пациента принимать препараты и соблюдать режим лечения на постоянной основе, то есть приверженность пациента терапии (П. В. Морозов, 2010). Наиболее

полно реализовать эту стратегию позволяет применение пролонгированных форм антипсихотиков второго поколения. Собственный многолетний опыт применения Рисполепт Конста показал, что за счет сохранения всех свойств, присущих этому классу препаратов (низкий уровень ЭПС и т. п.), снижение частоты рецидивов и госпитализаций, возможность проводить инъекции препарата не чаще одного раза в 2 недели и контролировать степень приверженности пациента лечению обеспечивает лучшие результаты в лечении шизофрении, создает оптимальные условия для повышения качества жизни и социальной адаптации больных с психическими и поведенческими расстройствами.

М. В. Маркова¹, Г. М. Кожина², Л. В. Рахман³, Р. І. Білобровка³

МАРКЕРИ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

²Харківський національний медичний університет МОЗ України, м. Харків

³Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

Метою даного дослідження було вивчення особливостей терапевтично резистентних депресій на соціально-демографічному, епідеміологічному, клініко-психопатологічному, клініко-терапевтичному рівнях та встановлення загальних закономірностей патоморфозу терапевтично резистентних депресій за 20-річний період.

Для досягнення поставленої мети нами було вивчено 200 архівних медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами різних нозологічних груп, в яких відмічалася резистентність до проведеної терапії. Дані були розділені на 2 групи відповідно до хронології госпіталізації, до першої увійшли пацієнти, які проходили стаціонарне лікування в 1991–2000 роках,

до другої – ліковані в період 2001–2010 років. Для вивчення особливостей терапевтично резистентних депресій було створено «Аналітичну карту дослідження патоморфозу терапевтично резистентних депресій», в якій реєструвалися соціо-демографічні, клініко-нозологічні, клініко-психопатологічні, клініко-феноменологічні, клініко-динамічні характеристики резистентних депресивних станів, а також дані щодо особливостей терапевтичної тактики у відповідних групах досліджуваних. Критеріями включення слугували наявність депресивного розладу категорії F31–F34 за МКХ-10 з ознаками резистентності (відсутність або частковий ефект від проведеного лікування). Отримані результати аналізувалися за допомогою програми «Statistica 6.0» з визначенням t-критерія Стьюдента.

У результаті проведеного дослідження встановлено ознаки патоморфозу терапевтично резистентних депресій протягом останніх 20 років.

Серед негативних соціально-епідеміологічних тенденцій виявлено зростання терапевтично резистентних депресивних станів загалом, переважання пацієнтів із високим освітнім рівнем, значна частка хворих серед міського населення, істотне зростання резистентних

депресій у розлучених осіб та одиноких, наявність спадкової обтяженості по психічним захворюванням у переважній більшості хворих, істотне зменшення віку пацієнтів із ознаками резистентності до антидепресивної терапії, розвиток резистентності в ранні терміни після маніфестації захворювання.

Індикаторами клінічного патоморфозу слугували зміни в нозологічній структурі, клініці, динаміці, психопатологічній феноменології терапевтично резистентних депресивних розладів.

До проявів терапевтичного патоморфозу слід віднести появу нової генерації психотропних засобів, збільшення сегменту психотерапевтичної допомоги в комплексній моделі подолання резистентної до лікування депресивної симптоматики.

Результати, отримані в ході проведеного дослідження, відкривають подальшу перспективу у вивченні патогенетичних механізмів формування резистентності у хворих із депресіями, особливостей їх клініки, динаміки, що дозволить вирішувати актуальні задачі в питаннях покращення діагностики, ефективності терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на депресивні розлади із резистентністю до проведеного лікування.

М. В. Маркова¹, І. Р. Кужель²

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ СТВОРЕННЯ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

¹Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

²Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

В Україні кожного року виявляється більше 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень, відмічається стійке зростання онкологічної захворюваності у середньому на 0,6% щорічно.

Враховуючи високу суспільну значущість проблеми, у 2002 році Кабінет Міністрів України постановою від 29 березня 2002 р. №392 затвердив Державну програму «Онкологія» на 2002–2006 роки, виконання якої дало змогу покращити стан онкологічної допомоги хворим. Однак було зазначено, що залишаються невирішеними ряд питань, серед яких недосконалість системи психологічної, соціальної та правової підтримки онкологічних хворих та їх сімей; проблема реінтеграції у суспільство хворих, що завершили лікування, наслідки перенесених ними фізичної та психологічної травми, побічні ефекти лікування, тривале відсторонення від суспільного життя; незадовільне забезпечення психологами відділень, у яких лікуються онкологічні хворі.

У Проекті загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» до заходів включені пункти стосовно розроблення програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів з надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їх родин, а також підготовки психотерапевтів, психологів та соціальних працівників для роботи з онкологічними хворими та членами їх сімей.

Вищевказане свідчить про актуальність та важливість проблеми медико-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням, спричиняє різноманітні психологічні реакції та у ряді випадків приводить до розвитку психічних розладів. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих складає 44–62%.

Однак найбільшого різноманіття у онкологічних пацієнтів досягає широкий спектр психологічних реакцій та станів, асоційованих з онкологічним захворюванням. Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та аномальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу – дотримання режиму лікування пацієнтом; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмов від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті внаслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе» серед членів родини онкологічного хворого. Тобто стан психологічної адаптації онкологічного пацієнта представляє собою мультимісний комплекс, що включає показники особистісного та психосоціального благополуччя самого

пацієнта і його ближнього оточення, поведінку хворого у лікувальному процесі.

Психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який надає медичну допомогу онкологічним хворим, що відзначається як зарубіжними, так і вітчизняними авторами.

Власне особливості професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу хворим з онкопатологією, а саме, потреба у тісній взаємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «несприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя), формують потужний пласт медико-психологічних проблем професіоналів в онкології. Стресовість взаємодії у поєднанні з необхідністю

підтримання достатнього терапевтичного контакту між пацієнтом та медичним працівником відображається на прихильності хворого до лікування та, відповідно, ефективності терапії в цілому.

Проте, не дивлячись на актуальність вищевикладеного, нині в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні цілеспрямовані системні дослідження проявів та закономірностей клініко-психологічної дезадаптації онкологічних пацієнтів та професійно – медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворим з онкопатологією на різних етапах протипухлинного лікування. Вищезазначене обумовлює актуальність і необхідність проведення такого дослідження, яке розпочате нами, що дозволить вирішити проблеми медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці на різних рівнях та етапах лікувального процесу.

І. І. Марценковська, Ю. А. Войтенко, О. С. Ващенко, К. В. Дубовик
ШИЗОФРЕНІЯ У ПІДЛІТКІВ З РІЗНИМИ РІВНЯМИ КОГНІТИВНОГО
ФУНКЦІОНУВАННЯ: ОСОБЛИВОСТІ МАНІФЕСТАЦІЇ, ПЕРЕБІГУ ТА
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Київ

Поширеність шизофренії з ранньою маніфестацією в віці до 14 років, за різними експертними оцінками коливається в країнах Європи від 0,1 до 1%, після 15 років зростає до 4%. У 2011 році за даними офіційної статистики МОЗ України захворюваність на шизофренію, шизотипові та маячні розлади, що маніфестували в віці до 14 років становила 0,9, поширеність – 4,7, у підлітків від 15 до 18 років відповідно 10,8 та 40,5 на 100 тис. дитячого населення.

Протягом 2010–2012 року в рамках наукового проекту «Визначити фактори, що визначають варіації ризику психічних розладів у дітей», фінансованого Європейською комісією в межах 7th Framework Programme on Research, Technological Development and Demonstration в Українському НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології виконувалася НДР «Науково обґрунтувати, розробити та впровадити критерії якості надання медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію».

У 60-ті на дитячу шизофренію дивилися, як на спектр гетерогенних захворювань, що включав аутизм, симбіотичні психози, інфантильну деменцію, реактивні та органічні психози. В 1980 році дитяча шизофренія вперше була включена до міжнародної класифікації DSM-III в якості окремої діагностичної категорії. МКХ-10 та DSM-IV не виділяють дитячу шизофренію, як окрему діагностичну категорію, а для діагностики шизофренії, що маніфестує в дитячому віці пропонують застосовувати діагностичні критерії для дорослих.

Одним із завдань дослідження був скринінг середовищних чинників ризику у хворих на шизофренію, що захворіли в віці до 18 років. Відібрані для дослідження фактори розглядалися, як можливі предиктори маніфестації шизофренії в ранньому віці, досліджувався їх вплив на її перебіг, зокрема прогредієнтність. Аналіз чинників

ризиків ранньої маніфестації шизофренії дозволив розробити заходи первинної та вторинної профілактики захворювання.

Маніфестація шизофренії в дитячому віці є наслідком порушеного розвитку дофамінергічної та глутаматної систем нейротрансмісії і зумовлена взаємодією між генетичною схильністю до захворювання, дією провокуючих та стримуючих екзацербуючих психозу факторів. Відкритим залишається питання про те, яким чином генетичний поліморфізм співвідноситься з клінічною різноманітністю індивідуальних фенотипів; за рахунок яких механізмів середовищні фактори зумовлюють релевантність клінічних проявів у конкретних пацієнтів.

До факторів, що сприяють маніфестації належать: генетичний ризик, нейробіологічні порушення центральної нервової системи. До пускових, таких, що провокують екзацербуючі, відносяться середовищні фактори. За результатами дослідження нами були виділені три групи факторів, вплив яких був значущим у хворих з ранньою маніфестацією шизофренії: перенатальні шкідливості (перенесені інфекції, гіпоксично-ішемічне ураження мозку, низький гістастійний вік та вага при народженні, ускладнення під час пологів), психічні травми (емоційна депривація, неналежний догляд, втрата матері, розпад родини протягом перших років життя), вживання психоактивних речовин у підлітковому віці.

За результатами дослідження були також виділені захисні фактори. Під захисними ми розглядаємо фактори, що зменшують вірогідність маніфестації шизофренії у осіб групи ризику: високий рівень розвитку інтелекту, соціальних навичок, високий рівень соціальної підтримки дитини в родині.

Таким чином, при підозрі на шизофренію клініко-психопатологічне дослідження дитини в деяких випадках

має бути доповнено експериментально-психологічним. Оцінка когнітивного функціонування з використанням шкал Векслера має проводитися в тих випадках, коли в преморбіді дитини з підозрою на шизофренію спостерігаються клінічні ознаки затримок розвитку, а також для оцінки тяжкості порушень пізнавальних функцій, пов'язаних з хворобою. Для оцінки рівня когнітивного функціонування може застосовуватися шкала K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition). Для оцінки розладів адаптивної поведінки рекомендована шкала Vineland, соціальної адаптивності хворої дитини – SRS (Social Responsiveness Scale).

Визначення рівня інтелекту або ментального віку дитини важливе для інтерпретації окремих симптомів шизофренії. Зокрема, іноді складно провести межу між такими симптомами, як маячення, що є психотичним симптомом та фантазіями, які викликані грою уяви і властиві для багатьох дітей. Необхідно також врахувати той факт, що на відміну від дорослих, маленькі діти або діти з нижчим від біологічного ментальним віком можуть не відчувати дискомфорту від психотичних симптомів і не демонструвати їх дезорганізуючого впливу. Вони можуть бути не здатними відрізнити їх від нормальних для себе переживань, зокрема не скаржитися на наявність галюцинацій. Важливим також є оцінювання погіршення когнітивного функціонування, спричиненого захворюванням та врахування рівня пізнавальних функцій для визначення потенціалу соціальної реабілітації хворої на шизофренію дитини.

Шизофренія, що маніфестує в підлітковому віці вимагає комплексного застосування фармакологічних, психологічних методів лікування та спеціальних форм соціальної підтримки.

Терапевтична програма при шизофренії завжди повинна включати психоосвіту дитини та батьків і мобілізацію сімейної підтримки. При ранній, до 13 років, маніфестації, істотне значення мають порушення пізнавальних функцій, шкільна та соціальна дезадаптація. У таких випадках важливим є залучення до надання психосоціальної допомоги та спеціальних освітніх послуг школи. Підтримка дитини має бути спрямована на збереження зв'язку дитини з шкільним колективом, продовженням відвідування шкільних занять. При плануванні стратегії лікування доцільно максимально, наскільки це можливо, обмежити перебування дитини в психіатричній лікарні, забезпечити її лікування переважно в амбулаторних умовах, поєднуючи його різними формами інклюзивного навчання.

У терапевтичній стратегії має знайти відображення проведення моніторингу когнітивних побічних ефектів психофармакотерапії.

Протягом першого тижня прийому атипичних антипсихотиків у частини дітей може спостерігатися сонливість, яка суттєво впливає на здатність до навчання. Діти рано лягають спати, засинають під час уроків. Зменшення разової дози препаратів, уникнення поліпрагмазії, розподіл добової дози на декілька прийомів, як правило, дозволяє усунути чи пом'якшити побічні ефекти. В подальшому більшість дітей адаптується до седативної дії і не демонструють сонливості протягом дня. Якщо дозу антипсихотика збільшувати поволі, седативного ефекту та сонливості в денний час вдається уникнути.

Питання про вплив тривалої антипсихотичної терапії на пізнавальні функції хворого на шизофренію залишається дискусійним, як для дитячої, так і для дорослої психіатричної практики. Психіатри нерідко описують покращення когнітивного функціонування під впливом терапії атипичними антипсихотиками при шизофренії у підлітків. При цьому вони часто не можуть дати відповідь на запитання: в якій мірі ті чи інші антипсихотики впливають на якісні та кількісні характеристики мислення та пам'яті у дітей. FDA додала інформацію про когнітивні порушення, що викликані атипичними антипсихотиками, в базу даних про їх безпеку.

Потрібно також забезпечити проведення моніторингу когнітивних побічних ефектів, пов'язаних із тяжкими метаболічними порушеннями при застосуванні антипсихотиків, введення, в разі необхідності, дієти.

Шизофренія, що маніфестує в пубертатному віці, може негативно вплинути на професійне становлення, соціальну інклюзію, репродуктивне здоров'я та побудову сімейних відносин з особами протилежної статі. Такі пацієнти можуть отримати додаткову користь від спеціальної підтримки у цих сферах.

За результатами НДР робляться висновки, що психіатрична допомога дітям та підліткам, хворим на шизофренію має надаватися в максимально дестигматизованих, амбулаторних умовах. Перебування дитини в стаціонарних психіатричних відділеннях має бути короткотривалим і добре мотивованим. Програма раннього втручання при шизофренії, що маніфестує у віці від 10 до 18 років повинна включати: залучення педагогів до ранньої реабілітації, психоосвітню роботу на макросоціальному рівні, родинну терапію із використанням методів стресменеджменту, тренінгу соціальних навичок. Психосоціальна допомога, рання шкільна інклюзія у поєднанні з тривалою терапією атипичними антипсихотиками ефективніша при корекції когнітивних порушень та розладів адаптивної поведінки у хворих на шизофренію підлітків, ніж монотерапія атипичними антипсихотиками і значно ефективніша, ніж лікування конвенційними нейролептиками у стаціонарних умовах.

І. А. Марценковський
КОГНІТИВНЕ ФУНКЦІОНУВАННЯ ПРИ ПЕРВАЗИВНИХ РОЗЛАДАХ РОЗВИТКУ:
КЛІНІЧНА ТИПОЛОГІЯ, МОЖЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ

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

Діагностична категорія первазивних розладів розвитку (розладів спектра аутизму – РСА) характеризується якісними порушеннями спілкування, соціальної взаємодії, обмеженими інтересами і стереотипними формами поведінки.

Ми можемо представити РСА, як спектр різних за тяжкістю клінічних проявів варіантів перебігу, на одному кінці якого знаходяться описані Каннером класичні випадки захворювання з афазією, стереотипною поведінкою і мінімальними соціальними навичками, на іншому – діти, які, незважаючи на певний дефіцит соціальних навичок і якості спілкування функціонують на відносно високому рівні.

У пацієнтів із РСА завжди спостерігаються затримки розвитку пізнавальних функцій, у 70 % дефіцит когнітивного функціонування досягає рівня розумової відсталості. В залежності від тяжкості порушень пізнавальних функцій РСА утворюють інший спектр: розрізняють розлад Аспергера, при якому когнітивне функціонування не порушено, діти мають досить високі вербальні навички, але при цьому відчувають значні труднощі при соціальній взаємодії та атиповий аутизм, для якого притаманні помірна чи тяжка розумова відсталість. Синдром Канера за тяжкістю когнітивного дефіциту та розладів адаптивної поведінки знаходиться поміж високофункціональними варіантами РСА та атиповим аутизмом. Гіперкінетичний розлад з найтяжчими порушеннями адаптивної поведінки, тяжкою чи глибокою розумовою відсталістю та стереотипними рухами також належить до спектра первазивних розладів розвитку.

РСА були об'єктом лонгітудинального дослідження відділу медико-соціальних проблем терапії Українського НДІ соціальної і судової психіатрії протягом 2003–2012 років. Рандомізовано 630 дітей з РСА у віці від 1,5 до 18 років (середній вік $4,8 \pm 2,2$ року). Контрольну групу склали 600 психічно здорових дітей у віці від 2 до 18 років (середній вік $5,2 \pm 3,4$ років). Тривалість катамnestичного спостереження становила 1,5–5 років.

Дослідження включало клініко-динамічне спостереження і моніторинг особливостей розвитку рандомізованих хворих та дітей контрольної групи. Кожні 6 місяців проводилася оцінка тяжкості РСА з використанням напівструктурованих діагностичних інтерв'ю аутизму (Autism Diagnostic Interview Revised – ADI-R) та дитячої рейтингової шкали аутизму (Childhood Autism Rating Scale – CARS), когнітивного функціонування та динаміки психомоторного розвитку за психоосвітнім профілем (Psychoeducational Profile – PEP-R), психо-соціальних навичок і адаптивної поведінки за шкалою адаптивної поведінки (Vineland Adaptive Behavior Scales – Vineland-II).

Окремим завданням дослідження була оцінка динаміки пізнавального функціонування дітей з РСА. У

дітей від 2 до 7 років для оцінки IQ використовували показники скринінгу за PEP-R. Текст також дозволяв оцінити рівні когнітивного функціонування дітей, які не мали мови. У дітей від 7 до 12 років PEP-R використовували для оцінки розвитку психічних функцій, актуальний розвиток яких відповідав віковій меншому за 7 років. У дітей з психічним віком 6 років та старше ми використовували експрес тест Векслера (WASHI) та шкалу K-BIT2 (Kaufman Brief Intelligence Test Second Edition).

За результатами дослідження були описані базові особливості порушень розвитку у дітей з РСА. Встановлено, що на відміну від розумової відсталості рівень когнітивної недостатності при первазивних порушеннях розвитку протягом часу може зменшуватися або зростати, визначаючи різні варіанти перебігу та клінічну типологію клінічних станів у дорослому віці. За варіантами динаміки IQ діти з розладами зі спектра аутизму були розподілені на три групи.

До першого варіанту первазивного порушення розвитку було віднесено 55,6% рандомізованих дітей з РСА. Вони характеризувалися зростанням IQ протягом дослідження. Усереднений профіль розвитку дітей, віднесених до цієї групи виглядав таким чином: у 2–3 роки ІПР (індекс персонального розвитку) за PEP-R становив 35–49%, що відповідало рівню «помірної розумової відсталості»; до 5–6 років індекс розвитку зростав до 50–80%, що відповідало рівням «легкої розумової відсталості» чи «зниженої здатності до навчання». Належність дитини до першої групи когнітивного розвитку корелювала з ранньою діагностикою та поведінковими втручаннями, великою (10–18 місяців) зоною найближчого розвитку пізнавальних функцій за PEP-R.

До другого варіанту первазивного порушення розвитку віднесено 17,6 % включених у дослідження дітей з РСА. В цій групі спостерігалася накопичення відставання в розвитку пізнавальних функцій, зменшення протягом спостереження ІПР з 40–50% до 20–34%. Належність дитини до цього варіанта розвитку корелювала з пізньою (після 5 років) діагностикою, низькою терапевтичною активністю у віці до 5 років, маленькою (1–6 місяців) зоною найближчого розвитку пізнавальних функцій за PEP-R, тяжкими розладами рецептивної мови.

Третю групу склали 26,8% дітей з РСА, IQ яких протягом всього дослідження постійно знаходився в одному з діапазонів – «зниженої здатності до навчання» (ІПР 100~70%), «легкої» (ІПР 69~50%), «помірної» (ІПР 49~35%) чи «тяжкої розумової відсталості» (ІПР 34~20%).

Найбільш проблемними сферами при первазивному розвитку у 84,1% рандомізованих хворих були наслідкування, емоційна когніція, соціальна перцепція та використання мови для комунікації. У 17,8% дітей з РСА

переважали перцепторні порушення, які супроводжувалися специфічними «сенсорними інтересами», руховими стереотипіями (аутостимуляціями) та важкими формами рецептивного розладу мовленнєвих функцій (сенсорною алалією). У таких дітей ми нерідко спостерігали появу вторинної когнітивної недостатності. У 34,9% дітей з РСА ми спостерігали ознаки диспраксії (затримку розвитку дрібної, великої моторики, зорово-моторної координації) та специфічні розлади мовленнєвої артикуляції.

Під час обговорення оптимальної терапевтичної стратегії у дітей з РСА дискусійним залишається питання про доцільність ранньої, у віці з 3 до 5 років, нейротропної та/чи психотропної терапії, її вплив на розвиток дитини. Така терапія знаходиться поза рекомендаціями, як FDA, EMEA, так і Державного експертного центру

Міністерства охорони здоров'я України. Тим часом, понад 50% українських дітей з РСА у цьому віці отримують кортексин, цереброкурін, цитіколін, ноотропні та нейрометаболічні препарати, атипові антипсихотики.

У дітей дошкільного віку, згідно з нашими даними, додаткова терапія мемантином підвищувала ефективність сенсорної інтеграції і моторних тренінгів ($p < 0,01$). Терапія рисперидоном значуще не впливала на ефективність сенсорної терапії, але погіршувала прогноз розвитку моторних функцій ($p < 0,05$), викликала нейрометаболічні побічні ефекти та ускладнення. Нами не отримані докази позитивного впливу на розвиток та когнітивне функціонування дітей з РСА кортексину, цереброкурину, ноотропних та нейрометаболічних препаратів.

І. А. Марценковський

МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ РАННЬОЇ ДІАГНОСТИКИ РОЗЛАДІВ СПЕКТРУ АУТИЗМУ У ДІТЕЙ НА ПЕРВИННОМУ РІВНІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії

До ранньої психіатричної допомоги дітям з розладами загального розвитку (розладами спектра аутизму – РСА) можуть бути віднесені: 1) проведення скринінгу первазивних порушень розвитку з формуванням груп специфічного ризику та цілеспрямованої профілактики; 2) запровадження інституту ранніх втручань з наданням логопедичної, спеціальної психологічної допомоги та фізичної реабілітації за програмами «відтвореного онтогенезу»; 3) проведення психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні.

Запровадження таких форм допомоги на етапі первинної медичної допомоги потребує значних фінансових витрат і потребує обґрунтування клінічної та фінансової ефективності. Необхідно визначити перелік рекомендованих психо-діагностичних інструментаріїв та рекомендувати порядок їх застосування.

Розроблено безліч анкет, які можуть використовуватися в якості інструментаріїв для оцінки розвитку дітей, а також для скринінгу РСА, запропоновані різні алгоритми його проведення. Золотим стандартом для розвинених країн є порядок проведення скринінгу, розроблений Американською академією педіатрії (AAP) (Johnson CP, Mayers SM, 2007). Для українських фахівців матеріали, що регламентують проведення цього скринінгу доступні за адресою (<http://pediatrics.aappublications.org/content/120/5/1183.full.pdf+html>).

Серед безлічі доступних інструментів, можна виділити два, які заслуговують на особливу увагу, оскільки вони безкоштовні, охоплюють різні вікові групи, перекладені на російську та українську мови і випробувані в багатьох країнах: Модифікований список контрольних запитань для діагностики аутизму у дітей раннього віку (Modified Checklist for Autism in Toddlers-M-CHAT) (Robins DL, Fein D., Barton ML et al, 2001) та Дитячий тест розладів спектра аутизму (Childhood Autism Spectrum Disorders Test – CAST), також відомий як Дитячий тест синдрому

Аспергера (Childhood Asperger Syndrome Test). M-CHAT може бути доповнений M-CHAT інтерв'ю (M-CHAT Follow-Up Interview), що дозволяє значно знизити рівень хибно-позитивних відповідей.

M-CHAT і M-CHAT інтерв'ю, зокрема переклад частини матеріалів на російську мову доступні для некомерційного використання на веб-сайті (<https://www.m-chat.org/index.php>). CAST також доступний для некомерційного використання на веб-сайті Центру досліджень аутизму Кембріджського університету за адресою: http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests.

Для скринінгу РСА можуть використовуватися й інші діагностичні інструментарії, випробувані та адаптовані співробітниками відділу медико-соціальних проблем терапії УНДІССПН (<https://www.firstsigns.org/screening/tools/rec.htm>).

Для скринінгу РСА у дітей від 6 до 60 місяців нами рекомендовані опитувальники для оцінки відповідності розвитку віку дитини (Ages and Stages Questionnaire – ASQ-3) (Jane Squires, Diane Bricker), для оцінки соціального та емоційного розвитку віку дитини (Ages and Stages Questionnaire : Social-Emotional – ASQ: SE) (Jane Squires, Diane Bricker, Elizabeth Twombly), у дітей від 12 до 36 місяців – короткий інструментарій для оцінки дітей дошкільного віку (Brief-Infant – Social-Emotional Assessment – BITSEA) (Margaret Briggs-Gowan, Alice Carter), у дітей від 0 до 6 років інвентар для оцінки дитячого розвитку (Child Development Inventory) (Harold Ireton et al).

Можуть також використовуватися опитувальники для самооцінки батьками рівня (етапу) розвитку дитини (Frances Page Glascoe): Parents Evaluation of Developmental Status – PEDS: DM для дітей від 15 до 59 місяців і Parents Evaluation of Developmental Status-Developmental Milestones – PEDS: DM) для дітей від 0 до 8 років.

Особливе значення мають інструментарії для скринінгу високофункціонального аутизму та синдрому Аспергера. Найбільш зручною для застосування є Австралійська шкала для синдрому Аспергера (Australian Scale for Asperger Syndrome – ASAS), розроблена Michelle Garnett і Anthony Attwood для дітей старших 5 років. Для цих цілей можуть використовуватися Опитувальник для оцінки соціальних комунікацій (Social Communication Questionnaire – SCQ) Catherine і Michael Rutter і Опитувальник для скринінгу аутизму (Autism Spectrum Screening Questionnaire – ASSQ), запропоновані в 1999 році Stephen Ehlers, Christopher Gillberg і Lorna Wing. SCQ є валідним для скринінгу у дітей старших 4 років, ASSQ – дітей від 7 до 16 років.

Американська академія педіатрії (AAP) рекомендує проведення повної поетапної ранньої діагностики РСА, яка включає проведення загального обстеження всіх дітей на предмет виключення затримок розвитку під час планових профілактичних оглядів в 9, 18, 24 і 30 місяців на першому етапі, проведення спеціального скринінгу всіх дітей для визначення групи ризику по РСА під час профілактичних оглядів у 24 або 30 місяців на другому етапі, проведення додаткових обстежень для виключення РСА у дітей, які віднесені до групи ризику на третьому етапі. На підставі досліджень, проведених у УНДІ ССПН в 2010–2012 роках до факторів підвищеного ризику розвитку РСА ми віднесли: маленький гестаційний вік та вагу тіла при народженні, наявність гіпоксично-ішемічного ураження мозку під час вагітності та пологів, запліднення з використанням репродуктивних технологій, народження дитини від літніх батьків.

Психометричні можливості скринінгових інструментаріїв не ідеальні. Деякі з них, зокрема М-СНАТ, виявляють деяку кількість хибнопозитивних випадків РСА.

У країнах з розвиненими системами охорони здоров'я, високим рівнем соціальних і спеціальних освітніх послуг на рівні громад для людей з особливими потребами органи охорони здоров'я не вважають це проблемою, так як в будь-якому випадку виявляються діти з іншими порушеннями розвитку, які потребують спеціальної педагогічної підтримки, насамперед діти з непервазвними затримками розвитку, мовними проблемами, розумовою відсталістю.

В країнах, що розвиваються, зокрема в Україні, позитивний скринінг у ранньому віці ознак нетяжких порушень первазивного розвитку у значної кількості дітей при відсутності на первинному рівні медичної допомоги достатніх ресурсів та інституту ранніх втручань може призвести до зниження доступності кваліфікованої допомоги для дітей більш старшого віку з очевидними клінічними ознаками.

В Україні діти, які віднесені до групи ризику, але не страждають на РСА, діти з високо функціональним аутизмом можуть постраждати від психіатричної стигми, зіткнутися з додатковими труднощами при оформленні в дошкільні або шкільні навчальні заклади.

Залишається незрозумілим, чи є стратегія ранньої діагностики РСА за допомогою універсальних діагностуючих скринуючих інструментаріїв, проведених спеціально підготовленими фахівцями, більш ефективною, ніж стратегія, спрямована на збільшення уваги батьків та суспільства до специфічних проблем дітей з первазивними порушеннями розвитку, з наступною організацією підтримки, що спирається на культуральні традиції і можливості сім'ї та школи. В будь-якому випадку не викликає сумнівів той факт, що проведення громадських кампаній, просвітництво сімей, вчителів та медперсоналу в розпізнанні проявів РСА – крок вперед у вирішенні проблеми медико-соціальної допомоги цьому контингенту хворих.

Н. К. Матвиюк

ДИАГНОСТИКА ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В СЕМЬЯХ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

Житомирская областная психиатрическая больница, г. Житомир

Проблема распространенности ВИЧ-инфекции в Украине остается актуальной, особо остро она касается женщин фертильного возраста т. к. это касается здоровья будущих поколений.

Целью настоящего исследования было изучение распространенности психических (включая наркологические расстройства в семьях ВИЧ-инфицированных, пробандов – женщин). Для решения поставленной цели в работе использовали клинико-генеалогический метод с помощью которого было изучено 73 семьи ВИЧ-инфицированных женщин-пробандов. Средний возраст отцов пробандов составлял $46,1 \pm 2,8$ года, матерей – $45,6 \pm 2,5$ года, сибсов – $19,7 \pm 1,9$ года. При изучении распространенности психических и наркологических заболеваний среди родственников I степени родства (исключая детей), учитывались только зарегистрированные случаи,

т. е. обращение к психиатру или наркологу подтверждалось соответствующими записями в медицинской документации.

Из 73 отцов, ВИЧ-инфицированных, пробандов – женщин, 5 человек (6,8%), которые состояли на учете у психиатра по поводу аффективных расстройств в виде депрессий и 6 человек (8,2%) – в связи с суицидами. Из наркологических заболеваний наблюдались с наркоманиями – 7 человек (9,6%) и алкоголизмом – 37 человек (50,7%).

Приведенные выше данные свидетельствуют, что у 2/3 отцов ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин, имели проблемы психиатрического и наркологического характера, а ведущим заболеванием у них был алкоголизм; у 1/3 отцов – каких-либо психопатологических расстройств на момент исследования семьи не было выявлено.

Спектр психических расстройств у матерей (73 человека) ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин, был представлен депрессиями, неврозами и суицидами, соответственно – 13 человек (17,8%). Наркологические заболевания у матерей были представлены наркоманией – 3 человека (4,1%) и алкоголизмом – 6 человек (8,2%).

Суммарная отягощенность психическими и наркологическими заболеваниями по линии матери составляла 53,4% (39 человек)

Среди sibсов (115 человек) ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин наблюдались следующие психические расстройства: депрессии – 14,8% (15 человек), психопатии – 13,1% (15 человек), неврозы – 6,9% (8 человек), суициды – 8,8% (10 человек). Наркологические заболевания проявлялись токсикоманией – 4,3% (8 человек), наркоманией – 8,7% (10 человек) и алкоголизмом – 6,2% (5 человек).

Суммарная отягощенность наркологическими и психическими заболеваниями среди sibсов (ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин) составляла 60,9% (70 человек). Из 115 исследованных sibсов 45 человек (39,1%) не состояли на учете у психиатра и нарколога.

Таким образом, из 261 исследуемых родственников 1 степени родства (исключая детей) ВИЧ-инфицированных пробандов – женщин было больше чем в половине случаев – 62,8% (164 человека) наблюдались психические и наркологические заболевания.

Наиболее распространенным заболеванием был отмечен алкоголизм – 18,4% (48 человек); на втором месте – депрессии и психопатии – 11,5 % (30 человек) и 10,3% (30 человек) соответственно; на третьем месте – суициды – 8,0% (21 человек) и наркомании – 7,7% (20 человек), затем неврозы – 5,0% (13 человек) и токсикомании – 1,9% (5 человек).

Приведенные данные свидетельствуют о том, что в семьях ВИЧ-инфицированных пробандов-женщин прослеживается увеличение случаев заболеваний которые, на наш взгляд, могут обуславливать аддиктивное поведение в будущих поколениях.

Использование этих данных врачами общей практики, позволит им своевременно выявлять психические и наркологические заболевания и проводить непосредственно профилактические мероприятия в семьях ВИЧ-инфицированных пробандов–женщин.

В. О. Мельник

МИКРОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНОЙ ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Учитывая значимость микросоциальных факторов в развитии у подростков аддиктивного поведения, мы изучили социологические характеристики семей обследованных подростков и их взаимоотношения с родителями.

Проведенные исследования относительно микросоциальных характеристик семьи и особенностей воспитания подростков в родительских семьях, а также оценка их отношения к зависимости у детей позволяют заключить, что семьи компьютерозависимых подростков, по сравнению с детьми, которые не страдают аддиктивными расстройствами, имеют высокий уровень конфликтности (независимо от состава семьи).

Большинство обследованных подростков-«компьютероманов» росли в полной семье. Родители чаще всего были служащими. Материальное положение у них в основном было хорошим – и только лишь у 5±2% доход был низким. В семьях в большинстве случаев было по двое или трое детей, причем sibлинги зависимых подростков не страдали никакими формами аддикций.

Наиболее часто встречающимися типами воспитания в семье были эмоциональное отвержение (44±5%) и гипопротекция (21±4%). Таким образом, конфликтность семьи и негармоничный стиль воспитания (преимущественно эмоциональное отвержение и гипопротекция) являются микросоциальными факторами формирования компьютерной зависимости у детей.

В. В. Огоренко

РОЛЬ ПСИХОГЕННО-ОСОБИСТІСНИХ РЕАКЦІЙ У ФОРМУВАННІ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ПРИ ПУХЛИНАХ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Пухлины головного мозга у багатьох випадках поєднуються із психічними розладами (за даними різних авторів, від 40 до 100% спостережень), які на ранніх стадіях формування пухлини нерідко бувають єдиними клінічними проявами онкологічного захворювання. Діагноз «пухлина головного мозку» є потужним стресовим фактором, що має надзвичайний за силою та тривалістю психотравмуючий вплив на особистість хворого, але у доступній літературі відсутні дані, присвячені

дослідженню особливостей психогенно-особистісних реакцій, виникаючих на факт діагностики пухлини.

Метою даної роботи було вивчення психогенно-особистісних реакцій та ступінь їх участі у формуванні та клінічних проявах психічних розладів у хворих на первинні пухлини головного мозку.

Матеріал і методи. У дослідження було включено 175 пацієнтів віком від 21 до 56 років (81 чоловік і 94 жінки, середній вік склав 41,4±11,5 років та 44,6±12,3 років

відповідно), у яких протягом всього клініко-діагностичного періоду (від появи психопатологічних порушень до діагностики новоутворення) спостерігався тільки пограничний (непсихотичний) рівень психічних розладів.

Психічні розлади, пов'язані зі стресогенним впливом онкологічного захворювання головного мозку, були виділені на підставі провідних симптомокомплексів. Типи нозогенних реакцій розподілились таким чином: астеничні – 28,0%; депресивні – 38,2%, obsesивно-фобічні – 24,8%, соматоформні – 65,0%, дисоціативні – 24,2%. Виявлена низька частота нозогеній, що перебігали з переважно тривожною симптоматикою – 22,9%.

У процесі дослідження використовувався коротко-строковий диференційований психотерапевтичний і психофармакологічний вплив. Клінічна оцінка психічного стану дослідженої групи, яка була підтверджена показниками психодіагностичного тесту SCL-90-R свідчить про ефективність проведеного комплексного впливу на психопатологічну симптоматику, що обумовлена психогенною складовою онкологічної патології головного мозку.

Порівняння середніх показників тесту SCL-90-R виявило достовірні відмінності в таких показниках, як соматизація ($p < 0,05$), депресивність ($p < 0,01$), тривожність ($p < 0,05$); висока статистична значимість була

відзначена в інтегральному показнику «індекс вираженості симптомів» ($p < 0,01$). За методикою «Якість життя» було виявлено достовірне покращення показників за такими шкалами, як «особистісні характеристики», «стійкість до стресів» та покращення індексу «якість життя». Відзначена позитивна динаміка у показниках вербальної пам'яті (1-го, 2-го та відстроченого відтворень), що свідчить про підвищення емоційної зацікавленості хворих, зниженні стомлюваності та виснаження. Також була відзначена редукція проявів некомплаентної поведінки – 72%.

Таким чином, результати проведеного дослідження свідчать про значний вклад психогенно-особистісних реакцій у формування та клінічні прояви психічних розладів у хворих на первинні пухлини головного мозку. Клінічне психолого-психіатричне дослідження та оцінка результатів комплексного (психотерапевтичного та психофармакологічного) впливу повинні бути диференційно-діагностичними критеріями для уточнення патогенезу психічних розладів у хворих на пухлини головного мозку, що дозволить скоротити діагностичний період, та, відповідно, мінімізувати наслідки оперативного лікування при онкологічних захворюваннях головного мозку.

О. П. Олійник, Н. О. Должикова

ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ З АЛКОГОЛЬНОЮ ЗАЛЕЖНІСТЮ

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

Когнітивні розлади виступають основним предметом експертного дослідження при проведенні судово-психіатричної експертизи (СПЕ) осіб з синдромом залежності від алкоголю. При цьому СПЕ відносно осіб, що зловживають психоактивними речовинами, є досить складними, з урахуванням того, що наявні у них психічні порушення не завжди виразно позначаються на інтелектуальній або вольовій складовій юридичного критерію дієздатності, тобто здатності особи усвідомлювати значення своїх дій і керувати ними.

Слід зазначити, що нині поняття когнітивних розладів може трактуватись як у широкому розумінні: від легких зворотних когнітивних порушень при соматичних захворюваннях до глибокої деменції, так і у вузькому, суто психіатричному контексті, як легкий когнітивний розлад, що порушує пізнавальні процеси, зачіпаючи передвісники інтелекту (увагу, пам'ять, мислення, мову), не порушуючи власне інтелектуальних функцій. Відповідно до критеріїв МКБ-10 для постановки діагнозу помірних когнітивних розладів необхідна наявність скарги пацієнта на підвищену стомлюваність при виконанні розумової роботи, зниження пам'яті, уваги або здатності до навчання, які не досягають ступеня деменції, мають в основі органічну природу і не пов'язані з делірієм. При легких когнітивних порушеннях показники психометричних шкал можуть залишатися в межах середньостатистичної вікової норми або несуттєво відхилятися

від неї, однак хворі усвідомлюють зниження когнітивних здібностей у порівнянні з преморбідним рівнем і висловлюють занепокоєння з цього приводу. Легкі когнітивні порушення відображаються в скаргах хворого, але не звертають на себе увагу оточуючих, не викликають труднощів у повсякденному житті, навіть у найбільш складних її формах.

Проблема когнітивних розладів здавна вивчалась як вітчизняними (Е. К. Андреева, 1965; Т. К. Чернаенко, 1970; Э. И. Лапинский, 1974 та ін.), так і закордонними вченими. За даними досліджень, поширеність помірних когнітивних порушень серед літніх осіб досягає 12–17%; серед неврологічних пацієнтів синдром помірних когнітивних порушень зустрічається в 44% випадків.

У результаті судово-психіатричного обстеження осіб з синдромом залежності від алкоголю на предмет експертної оцінки наявних у них психічних та поведінкових розладів було встановлено, що когнітивні (інтелектуально-мнестичні) розлади різного ступеня виразності були наявні у 62,5% осіб. Проте, констатація когнітивних порушень при посмертних та прижиттєвих СПЕ осіб з алкогольною залежністю суттєво різнилась. При ретроспективній оцінці психічного стану осіб на момент укладання цивільних угод інтелектуально-мнестичні розлади встановлювались у 52,8% випадків, з них легкий когнітивний розлад становив 39,3%, психоорганічний синдром – 6,4%, а власне деменція – 7,1%. Натомість, в

осіб, щодо яких прижиттєво вирішувались питання цивільної дієздатності, інтелектуально-мнестичні розлади виявлялись у 74,4% випадків, з них: легкий когнітивний розлад – 11,6%, психоорганічний синдром – 20,9%, деменція – 41,9%.

Такі розходження свідчать про відсутність чіткого алгоритму експертної оцінки когнітивних розладів при алкогольній залежності, що визначає актуальність та перспективи наукових досліджень у цьому напрямі.

Л. В. Панченко, О. Г. Садчікова
ОЦІНКА КОГНІТИВНИХ ФУНКЦІЙ У ОСІБ З ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ
ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ ПРИ ПРОХОДЖЕННІ ЗАГАЛЬНОЇ ПОВІТРЯНОЇ КРІОТЕРАПІЇ
ДЗ «Науково-практичний медичний реабілітаційно-діагностичний центр МОЗ України»
(м. Костянтинівка, Донецької обл.)

Дисциркуляторна енцефалопатія є синдромом хронічного прогресуючого ураження головного мозку судинної етіології, який розвивається в результаті повторних гострих порушень мозкового кровообігу або хронічної недостатності кровопостачання головного мозку. Цереброваскулярні захворювання, у тому числі досить виражені, можуть довгий час виявлятися тільки когнітивними розладами. На стадії судинної деменції відзначається виражене дифузне порушення всіх когнітивних функцій, через яке пацієнт позбавляється успішної адаптації. Тому в діагностиці хронічної цереброваскулярної недостатності слід приділяти особливу увагу оцінці стану когнітивної сфери.

У дослідженні брали участь 118 осіб з дисциркуляторною енцефалопатією. Пацієнти були розділені на дві групи: експериментальну (61 особа) та контрольну (57 осіб). Пацієнтам експериментальної групи призначали комплексне лікування: поряд з медикаментозною терапією призначали сеанси загальної повітряної кріотерапії; пацієнтам контрольної групи призначали класичне лікування при даній патології. Оцінка динаміки когнітивних функцій пацієнтів проводилась на 1-й, 4-й та 20-й день проходження курсу лікування, з метою аналізу його ефективності.

Для діагностики когнітивних процесів у пацієнтів використовувались наступні психодіагностичні методики: «Запам'ятовування 10 слів» (С. Я. Рубінштейн), таблиці Горбова-Шульте та червоно-чорна таблиця Шульте, коректурна проба.

Після проведення діагностичного дослідження в експериментальній групі на перший день проходження кріо процедури у 71% були діагностовані порушення короткочасного запам'ятовування, у 79% – порушення довготривалої пам'яті, у 53% виявлено порушення уваги, у 45% увага характеризувалася виснаженістю. В

контрольній групі в результаті психодіагностики виявлено, що у 74% є порушення короткочасного запам'ятовування, у 80% – порушення довготривалої пам'яті, у 49% виявлено порушення уваги, у 46% увага виснажена.

Статистично значущих відмінностей як в експериментальній, так і в контрольній групах між результатами проведеної психодіагностики на 1-й та 4-й день не встановлено. Це свідчить про необхідність продовження лікування з метою отримання очікуваного терапевтичного ефекту.

Після проходження 20-ти сеансів загальної повітряної кріотерапії за результатами психодіагностичних методик в експериментальній групі була встановлена позитивна динаміка, а саме, у 15% пацієнтів покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 18% – показники довготривалої пам'яті, у 16% покращилась увага. Результати психодіагностики функцій пам'яті та уваги на 1-й та 20-й день кріотерапії мають статистично значущі відмінності ($p < 0,05$).

Після 20-го дня проходження лікування в контрольній групі у 7% покращились показники короткочасного запам'ятовування, у 4% покращились показники довготривалої пам'яті, у 15% покращилась увага. Однак, статистично значущі відмінності встановлені лише за показниками уваги ($p < 0,05$).

Таким чином, комплексне лікування дисциркуляторної енцефалопатії з застосуванням загальної повітряної кріотерапії має більш виражений терапевтичний ефект, ніж при класичному лікуванні, про що свідчить покращення показників короткочасного запам'ятовування, довготривалої пам'яті, уваги. Використання психодіагностичних методик дає можливість оцінити динаміку лікування судинних порушень через аналіз когнітивних функцій хворих.

О. А. Панченко, И. Ю. Басараб
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ЛИЦ, РАБОТАЮЩИХ
В СЛЕДСТВЕННЫХ ИЗОЛЯТОРАХ

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка, Донецкая обл.)

Профессиональная деятельность сотрудников пенитенциарной службы имеет свою специфику и оказывает негативное воздействие на личность. Цель исследования:

выявление уровня тревожности и эмоциональной напряженности, определение стратегий преодоления стрессовых ситуаций.

Объект исследования: 125 человек в составе младших инспекторов надзора и безопасности Артемовского следственного изолятора управления Государственной пенитенциарной службы Украины в Донецкой области. Из них мужчин – 80,8%, женщин – 19,2%. Средний возраст – 29,4 лет.

Методы исследования: тест «Исследование тревожности» (опросник Спилбергера); метод цветочных выборов Люшера; определение моделей поведения в стрессовых ситуациях (шкала SACS). Анализ результатов осуществлялся с помощью методов описательной статистики, корреляционного анализа (показатель ранговой корреляции Спирмена). Результаты тестов позволяют не только выявить картину психоэмоционального состояния, определить предпочитаемые модели преодоления стрессогенных ситуаций, но и дают возможность обозначить психологические аспекты стрессоустойчивости данного контингента.

Результаты исследования: у обследованных преобладает средний уровень личностной и реактивной тревожности. Низкий уровень реактивной тревожности выявлен у 41 чел. (32,8%); средний – у 76 чел. (60,8%); высокий – у 8 чел. (6,4%). Низкий уровень личностной тревожности зафиксирован у 46 чел. (36,8%); средний – у 73 чел. (58,4%); высокий – у 6 чел. (4,8%).

Эмоциональная устойчивость (0 баллов по тесту Люшера) зафиксирована у 47 чел. (37,6%); эмоциональная неустойчивость (1–2 балла) отмечается у 49 чел. (39,2%); эмоциональная напряженность (3–7 баллов) – у 29 чел. (23,2%).

В зависимости от выбранной стратегии преодоления стрессогенных ситуаций определенные модели поведения могут способствовать или препятствовать успешности преодоления профессиональных стрессов, а также оказывать влияние на сохранение здоровья субъекта общения и труда. «Здоровое» преодоление является и активным, и просоциальным. Активное преодоление в совокупности с положительным использованием социальных ресурсов повышает стрессоустойчивость человека. Стратегии пассивности, асоциальная, агрессивная влекут за собой неуверенность, несмелость и предвещают негативный исход в стрессогенной ситуации.

Так, 62 чел. (49,6%) отдают предпочтение пассивной стратегии преодоления, с моделью поведения «осторожные действия», 45 чел. (36%) выбирают модель поведения – «избегание». 60 чел. (48%) обследованных предпочитают просоциальную стратегию, с моделью поведения «поиск социальной поддержки», 43 чел. (34,4%), с моделью поведения «вступление в социальный контакт». Активная стратегия, с моделью поведения «ассертивные действия» характерна для 43 чел. (34,4%). Прямая стратегия, с моделью поведения «импульсивные действия» наблюдается у 40 чел. (32%).

Выводы: результаты проведенного исследования позволяют выявить лиц с низким уровнем стрессоустойчивости, способствуют профилактике негативных изменений личности, определению рекреационных мероприятий с целью сохранения работоспособности и повышения адаптивных возможностей сотрудников пенитенциарной службы.

О. А. Панченко, М. В., Гаража, И. И. Кутько **ПСИХОДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ЛИЧНОСТНЫХ НАРУШЕНИЙ** **У ВОДИТЕЛЕЙ АВТОТРАНСПОРТА**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка, Донецкая обл.)

По вине водительского состава происходит 70% всех дорожных происшествий. ДТП наносят значительный экономический ущерб гражданам и государству. Высокая аварийность на дорогах в значительной степени связана с психоэмоциональным и функциональным состоянием водителей, которые вынуждены работать в условиях воздействия экстремальных факторов или угрозы их появления. Профессиональная деятельность водителей связана с высоким нервно-эмоциональным напряжением, с высокой ответственностью, большой ценой ошибок, наличием личного риска и риска для окружающих при ошибочных действиях. Негативные психические состояния, эмоциональное напряжение, личностные нарушения отрицательно сказываются на процессе профессиональной деятельности, снижают ее надежность, приводят к возникновению ошибочных действий.

Своевременная диагностика эмоционального состояния и личностных особенностей позволяет выявить водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным

действиям, а также на ранней стадии предупредить развитие нарушений в эмоциональной и личностной сферах.

Материалы и методы. Испытуемые – 47 чел.: 22 водителя маршрутных автобусов и 25 водителей МЧС Украины. Средний возраст – $38,8 \pm 8,4$ года, стаж вождения – $18,9 \pm 8$ лет.

Методы исследования: анализ документов, профессиография, психодиагностика (метод цветочных выборов М. Люшера; диагностика нервно-психического напряжения Т. А. Немчина; опросник структуры темперамента В. М. Русалова; пятифакторный опросник личности «Большая пятерка»), методы математической статистики (методы описательной статистики, корреляционный анализ по Спирмену).

Результаты и их обсуждение. Тревога, высокий уровень эмоциональности, высокая чувствительность к фрустрирующим ситуациям, неуверенность, беспокойство по поводу работы выявлены у 5 чел. (10,6%). Депрессивность, неустойчивость настроения установлена

у 2 чел. (4,3%). Эмоциональная напряженность и эмоциональный стресс диагностирован у 7 чел. (14,9%). Уровень нервно-психического напряжения у данных испытуемых слабый. Установлены нарушения эмоциональной сферы, негативные тенденции в личностной организации: у 10 чел. (21,2%) – низкий уровень предметной эргичности, сниженный тонус, низкая вовлеченность в процесс деятельности. Замедленность действий, низкая скорость моторно-двигательных операций установлена у 7 чел. (14,9%); низкий уровень пластичности – у 8 чел. (17,0%).

Определялись корреляционные связи между показателями психологических особенностей и стажем водительской деятельности ($p < 0,05$): прямые связи – между стажем водительской деятельности и эмоциональностью (0,38), а также социальной эмоциональностью

(0,47); обратная связь – между стажем и экстраверсией ($-0,32$).

Выводы. У обследованных водителей выявлены нарушения в эмоциональной и личностной сферах. Стаж работы связывается с накоплением человеком профессионального опыта, формированием у него комплекса взаимосвязанных профессионально важных качеств. Однако под влиянием неблагоприятных факторов с увеличением стажа профессиональной деятельности у обследованных водителей проявляются деструктивные тенденции в виде повышения уровня общей и социальной эмоциональности, что оказывает отрицательное воздействие на адаптацию. Своевременная психодиагностика эмоциональной и личностной сфер позволяют выявить группу риска водителей, в наибольшей степени склонных к ошибочным действиям.

О. А. Панченко, А. В. Стасюк, Т. В. Петракова **ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ**

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка, Донецкая обл.)

В последние десятилетия в психиатрии отмечается повышенный интерес к проблеме когнитивного функционирования у пациентов. Под когнитивными (познавательными) функциями понимают наиболее сложные функции головного мозга, с помощью которых осуществляется процесс рационального познания мира и обеспечивается целенаправленное взаимодействие с ним.

Цель: определение особенностей и эффективности психологических методов диагностики и коррекции когнитивных нарушений у пациентов психоневрологического отделения.

Объект исследования: нами наблюдалось 50 чел. с органическим расстройством личности в возрасте от 45 до 75 лет (средний возраст $63,5 \pm 3,6$ года), проходившие курс лечения в дневном стационаре психоневрологического отделения ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины».

Методы исследования: сбор анамнеза, определение сомато-неврологического и психиатрического статуса, психодиагностические методики («Запоминание 10 слов», «Запоминание фигур», Краткое Исследование Психического Состояния (Mini-Mental State Examination – MMSE), Батарея лобной дисфункции (Frontal Assessment Battery – FAB), Тест рисования часов).

Результаты исследования: в результате проведенных исследований выявлено: нарушение памяти – 45 чел. (90%), сужение объема внимания – у 33 чел. (66%), снижение работоспособности – у 42 чел. (84%), нарушение мыслительных операций – у 13 чел. (26%), симптомы деменции – у 2 чел. (4%).

Коррекция когнитивных функций представляет собой применение комплекса тренинговых программ

– произвольного внимания, восприятия, зрительной и слухоречевой памяти, логического мышления, произвольной регуляции психической деятельности. Впоследствии достигается улучшение и развитие психических функций, т. е. восстановление когнитивного функционирования больных. Психологическая реабилитация, включающая тренинг социальных навыков, больных органическим расстройством личности с когнитивными нарушениями проводилась в индивидуальной и групповой формах. Длительность занятий составляла от 1 часа до 1,5 часов.

После проведения реабилитационных мероприятий у пациентов наблюдалось улучшение памяти – у 9 чел. (36%), увеличение объема внимания – у 19 чел. (76%), повышение работоспособности – у 23 чел. (92%). По данным психодиагностического обследования, нарушение мыслительных операций сохранялось у 2 чел. (8%), симптомов деменции у 1 чел. (4%). Сами же больные субъективно отмечали появление некоторой «ясности» в мышлении.

Выводы: Применение методов психодиагностики в клинической практике позволяет установить наличие и оценить выраженность когнитивных нарушений, определить индивидуальную программу лечения и реабилитации.

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что проведение тренинговых программ, нацеленных на улучшение когнитивных функций, в сочетании с тренингами социальных навыков, является не только целесообразным, но и необходимым звеном в комплексной программе восстановительного лечения больных органическим расстройством личности.

О. А. Панченко, Т. Э. Чумак

ПРИМЕНЕНИЕ КРИОТЕРАПИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРЕВОЖНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ГУ «Научно-практический медицинский реабилитационно-диагностический центр МЗ Украины»
(г. Константиновка. Донецкая обл.)

Экспертная оценка тревожных расстройств свидетельствует о том, что они занимают ведущее место среди заболеваний населения и становятся одной из наиболее важных медико-социальных проблем. Актуальность проблемы обуславливает необходимость поиска новых методов лечения этой патологии. Одним из таких методов лечения является криотерапия.

Цель исследования – оценить эффективность криотерапии в реабилитации пациентов с тревожными расстройствами.

Проведено клиническое, экспериментально-психологическое, функционально-диагностическое обследование 68 чел. с тревожными расстройствами, в комплексном лечении которых применялась криотерапия. Контрольную группу составили 65 чел. – пациентов дневного стационара психоневрологического отделения ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины».

На современном этапе накоплен некоторый эмпирический опыт использования криотерапии с лечебной и профилактической целью. Установлено, что влияние экстремально низкой температуры вызывает ряд неспецифических адаптационно-компенсаторных реакций системы терморегуляции, кардио-респираторной, центральной нервной системы, системы вегетативной регуляции, которые приводят к оптимизации функционирования организма, повышению его функциональных резервов, что проявляется в улучшении психофизиологического состояния организма человека.

Для криотерапии использовалась криокамера «Cryo Therapy Chamber «Zimmer Medizin Systeme» -110 °С (Германия). Криотерапия осуществлялась по авторской методике Fricke R. (1989). Применяли структурированное клиническое диагностическое интервью, САН, Шкалу астенических состояний, Шкалу нервно-психического напряжения, Методику для

исследования личностной и реактивной тревожности Спилбергера-Ханина.

У 60 пациентов (88,2%) основной группы выявлены астенические нарушения, в контрольной группе – у 53 пациентов (81,5%), у 15 пациентов (22,0%) основной группы – чрезмерное нервно-психическое напряжение, в контрольной группе – у 12 обследуемых (18,5%). У 39 обследуемых (57,3%) основной группы и у 32 пациентов (49,2%) контрольной группы зафиксирован высокий уровень личностной тревожности, у 53 пациентов (77,9%) основной группы и у 48 пациентов (73,8%) контрольной группы – высокий уровень ситуативной тревожности. Неудовлетворительное самочувствие установлено у 16 пациентов (23,5%) основной группы и 18 пациентов (27,7%) контрольной, 33 пациента (48,5%) основной группы и 30 обследуемых (46,2%) контрольной группы оценили свою активность как неудовлетворительную, неудовлетворительное настроение имеют 8 пациентов (11,7%) основной группы и 7 пациентов (10,7%) контрольной группы, 51 пациент (75%) основной группы и 47 пациентов (72,3%) контрольной группы отмечали средний уровень качества жизни.

Положительная динамика психического состояния пациентов отмечалась с 6 дня криовоздействия и опережала таковую в контрольной группе. Изменения психического состояния проявлялись в улучшении самочувствия, активности и настроения; снижении личностной и реактивной тревожности, астенических проявлений, повышении работоспособности, нервно-психического напряжения больных ($p < 0,05$). Улучшение состояния отмечалось у 57 пациентов (83,8%) при выписке.

Таким образом, криотерапия в системе лечения и реабилитации лиц с тревожными расстройствами является безопасным, эффективным методом и может применяться для данной категории пациентов.

N. Pörksen

PSYCHIATRIEREFORM IN DEUTSCHLAND UND ERFAHRUNGEN IM PROJEKT

Partnership for Mental Health (Deutschland-Ukraine-Polen), Deutschland

Thesen:

1. Grundsätzliche konzeptionelle Übereinstimmung über Ziele der Psychiatriereform in Deutschland, Polen und der Ukraine
2. Es gibt kein Erkenntnisdefizit, sondern ein Umsetzungs- oder Implementationsdefizit
3. Seelische Gesundheit der Bevölkerung lebenswichtig; wird oft unterschätzt bei Fragen des Zusammenhalts in der Gesellschaft und der Arbeitsfähigkeit
4. Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Reform sind
 - Menschenwürdige Rahmenbedingungen
 - Ausreichende Grundversorgung (Unterbringung, Ernährung)
 - Ausreichende medizinische Versorgung
5. Ausgangslage der Reform in Deutschland (1970)
6. Zentrale Ziele der Reform:
 - Umfassende Neuorientierung der Psychiatrischen Versorgung auf allen Ebenen:

- Gesetzgebung, Krankenversicherungen, Kommunen, Bundesländer,
 - Zuständigkeiten der Finanzierung Behandlung, soziale Teilhabe
 - Neuausrichtung der Berufsgruppen (Pohl, Brandtner)
 - Teilhabe in allen Lebensfeldern (Wohnen, Arbeit, Soziale Kontakte) Beispiel Dezentralisierung Spancken
 - Qualifizierte Behandlung, Evidenzbasierung – Berger
 - UN BRK
 - Ausreichende wohnortnahe umfassende Behandlung und Rehabilitation
7. Umsetzungsprozesse auf allen Ebenen (s. Punkt 6), dauerten oft viele Jahre, verbunden mit erheblichen Widerständen etc
 8. Internationale Kontakte waren förderlich, Dank an Polen in der DPGSG mit Kontaktaufnahme zur Ukraine, Vorlauf ab 2005
 9. Konkreter Beginn des Projektes PфMH (2009-2010)
 10. Vertrauensbildende Maßnahmen als Voraussetzung für das Gelingen der Partnerschaft (Besuche, Kennenlernen der Verhältnisse, schonungslose Berichterstattung, Offenlegung der Probleme)
 11. Bedeutung der Wandlungsprozesse in Institutionen (social change) «können überall beginnen» – Tagesstruktur, Multiprofessionalität, Stationen, Küche, Garten, Ernährung, Außenkontakte...
 12. Bedeutung der Hospitationen für Initiativen und Beginn der Umsetzungsprozesse in den Kliniken
 13. Reformschritte ohne zusätzliche Finanzmittel
 14. Zukünftige Hospitationen und deren Finanzierung
 - Spezifische Hospitationen, Trainings (Ergoth, Deeskalation...)
 - Finanzierung auch von der Ukraine
 15. Intensivseminare, Beispiel Kiew „Aufbruchsstimmung“ in der Klinik mit der Zielsetzung „alle mitnehmen“ (möglichst viele), statt Schlüsselpersonen (key persons) Multiprofessionalität und Pflege, oder Ergotherapie in Lviv und Ivanofranziwsk aus Polen (Krakau, Opole)
 16. Leitungsverständnis in psychiatrischen Kliniken
 - Entscheidungsprozesse mit den Mitarbeitern und Patienten „erarbeiten“, nicht anordnen (verhandeln statt behandeln)
 - Management by walking around
 17. Aufbruchsstimmung in den Krankenhäusern reicht nicht.
 18. Nationales Aktionsprogramm in Richtung
 - Dezentralisierung (Beispiele Lviv und Donezk)
 - Behandlung und Rehabilitation vor Ort in Ambulanzen, Tageskliniken, wohnortnahen Kliniken,
 - Grundlagen der Rehabilitation und Teilhabe erfordert vor allem Initiativen in den Feldern der Sozialen Sicherung in der Zuständigkeit der Sozialbehörden
 - Wohnen mit Unterstützung, Wohnungen, Wohngemeinschaften, kleine wohnortnahe Heime, etc
 - Arbeiten mit Unterstützung – Werkstätten, unterstützte Beschäftigung, Tagesstätten mit Arbeitsmöglichkeiten
 - Sozialkontakte wie Tagesstätten, Unterstützung von Selbsthilfegruppen, Angehörigenorganisationen, Treffpunkte, Urlaube etc
 19. Tage der Psychiatrie, Pavlov Festival in Kiew oder ähnliche Aktivitäten zur Unterstützung der Bereitschaft in der Bevölkerung, psychisch kranke Menschen zu tolerieren und zu integrieren
 20. Das Projekt PфMH ist auf gutem Wege. Wir hoffen, dass es mit der Psychiatriereform in der Ukraine aktiv vorangeht.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕФОРМА В ГЕРМАНИИ, ОПЫТ ПРОЕКТА. ПАРТНЕРСТВО ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ (УКРАИНА, ГЕРМАНИЯ, ПОЛЬША)

Н. Пёркзен

Автор подчеркивает, что центральной целью реформы психиатрической структуры в Германии, Польше, Украине является психическое здоровье населения. Подчеркиваются значение страховой медицины для обеспечения максимально качественного обслуживания пациентов, важность интернациональной кооперации для обмена опытом.

І. Я. Пінчук, А. В. Чайка ЛЕГІТИМІЗАЦІЯ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ ДЛЯ РОЗВИТКУ УКРАЇНСЬКОГО СУСПІЛЬСТВА В МАЙБУТНЬОМУ

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

Перехід України від планової до ринкової економіки зумовив низку проблем – зростання безробіття, ріст злочинності, зменшення народжуваності, кризу моральних засад значної частини населення. Таким чином перед українським суспільством постала проблема соціального захисту населення, збереження культурно-духовних цінностей, підтримання психічного здоров'я в складних соціально-економічних умовах. Вирішення цих проблем є важливим завданням державної ваги.

В умовах такої соціально-економічної нестабільності виникає необхідність створення в країні системи соціальної роботи. Вона бере свій початок у 90-х

роках, основна її мета – регулювання правових, економічних відносин індивіда та суспільства, надання кожній людині допомоги і підтримки у вирішенні її проблем, забезпечення ефективного соціального захисту кожного члена суспільства. Одночасно з ідеологічним наповненням соціальної політики держави триває процес формування законодавчого поля соціальної роботи в Україні, яке знаходиться на початковому етапі становлення. Воно є недостатнім, потребуючим вивчення, доопрацювання, прийняття нових нормативно-правових законів та актів у відповідності з сучасними потребами.

Для дослідження даної проблеми використано бібліографічний метод з метою виявлення наявної нормативно-правової бази соціальної роботи, як основи для ефективного розвитку соціального напрямку в Україні. І як наслідок, виявити моделі її розвитку та створення в майбутньому.

Законодавчу, нормативно-правову базу соціальної роботи в Україні, як і в інших країнах світу, визначають правові документи, які умовно зібрані у п'ять груп відповідно до суб'єктів їх видання:

- 1) регламентуючі, дорадчі документи світового співтовариства (акти, декларації, пакти, конвенції, рекомендації, резолюції ООН, ВООЗ, МОП, ЮНЕСКО, ЮНІСЕФ та інші);
- 2) внутрішньодержавні юридичні акти (Конституція України, Закони Верховної Ради України, Укази, розпорядження Президента України, постанови Уряду України, накази, рішення колегій та інструкції Міністерства праці та соціальної політики України, Міністерства освіти, науки, молоді та спорту України, Міністерства охорони здоров'я України, Державного комітету у справах сім'ї та молоді та інші);
- 3) документи суб'єктів України, які забезпечують реалізацію законів на своїй території, виконання регіональних законоположень, виконання республіканських (АР Крим, Україна) нормативних законоположень з правом законодавчої ініціативи;
- 4) документи муніципальних утворень (міські та сільські райони).
- 5) Накази, рішення, розпорядження безпосередньо закладів та організацій.

Законодавчу базу соціальної роботи в Україні становлять такі міжнародні документи, як Загальна декларація прав людини (ООН, 10 грудня 1948 р.), Міжнародний пакт про цивільні і політичні права, Міжнародний пакт про економічні, соціальні і культурні права (Нью-Йорк, 19 грудня 1966 р.).

В Україні наявна законодавча база складається з переліку нормативних актів, що регламентують соціальну роботу та захист населення, законів і Указів Президента України, декрети Кабінету Міністрів України, постанови Кабінету Міністрів України, розпорядження Президента України та Кабінету Міністрів України.

Дуже важливим для правової основи соціальної роботи сьогодні є Закон України від 05 жовтня 2000 р. №2017-ІІ «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії». Державні соціальні стандарти обов'язково враховуються при розробці програм економічного і соціального розвитку.

Багато Законів України є рамковими або непрямі дії, які часто містять формулювання: «Вимоги (стандарти, порядок тощо) розробляє Кабінет Міністрів України в установленому порядку». Клієнтам соціальних служб та представникам їхніх інтересів непросто знайти підзаконні акти, або вони не розроблені взагалі. Тому норма закону не діє.

Таким чином, у результаті переходу України від планової до ринкової економіки виникла проблема розвитку соціальної сфери. Для її розв'язання та покращення якості життя населення конче необхідна відповідна нормативно-правова база соціальної роботи, але на сьогодні вона ще й досі є недопрацьованою.

М. Ю. Полив'яна, В. В. Сотніченко, В. Я. Пішель **САМООЦІНКА ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ ТА КЛІНІКО-СОЦІАЛЬНИЙ ПРОГНОЗ** **ЗАХВОРЮВАННЯ**

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

Клініко-соціальний прогноз захворювання та результативність лікування в цілому значною мірою обумовлені сукупністю психологічних і психосоціальних характеристик хворого на шизофренію. Притаманні для таких пацієнтів розлади базових механізмів регуляції утруднюють їх адекватне сприйняття як життєвих подій, так і себе самого. Хворі на шизофренію з нестабільним рівнем самооцінки мають низький рівень якості життя та більший ризик суїцидальної поведінки в порівнянні з більш впевненими у собі пацієнтами.

Здатність пацієнта оцінювати власну особистість, реагувати на психологічні негаразди та обирати найбільш адекватні засоби вирішення виникаючих проблем визначали шляхом вивчення самооцінки за допомогою методики Дембо-Рубінштейн. Було обстежено 119 хворих на шизофренію у віці від 24 до 55 років (середній вік склав 32,6 року). Тривалість захворювання у переважної більшості досліджених (72,3%) становила 4–8 років. Загальною клінічною характеристикою пацієнтів була наявність негативних симптомів різного ступеня

виразності при відсутності явних продуктивних порушень. Хворі знаходились у стані ремісії, не мали супутньої соматичної та органічної патології.

Адекватну самооцінку було визначено у 14 (11,8%) пацієнтів, завищену – у 47 (39,9%), знижену – у 58 (48,3%). Знижена самооцінка була руйнівним чинником у всіх сферах соціального функціонування, які відповідають за навчання або набуття нових навичок; у свою чергу, завищена самооцінка призводила до відмови пацієнта від психофармакотерапії та всіх видів психосоціального втручання. Було відмічено, що свої фізичні якості пацієнти оцінювали на середньому рівні, а психічні – завищували; незважаючи на помітні розлади поведінки та порушення контактів з оточуючими, хворі, як правило, були задоволені своїм характером. Зниження самооцінки супроводжувалось також формуванням незадовільних взаємовідносин у родині хворого.

Самооцінка тісно пов'язана з іншим психологічним показником – критичністю до власної особистості. Мається на увазі розуміння хворим власних можливостей,

преваг і недоліків, свого міста і ролі в окремих життєвих ситуаціях. Для визначення цього параметру нами був застосований опитувальник EQ-5D. Зниження рівня критичності до свого стану здоров'я виявилось у 56 (47,0%) хворих, зниження – у 32 (26,8%), адекватне сприйняття характеризувало 31 (26,2%) обстеженого.

В якості важливої психологічної складової самооцінка безпосередньо бере участь у регуляції поведінки

і діяльності та відіграє значну роль в процесі адаптації особистості. Тому для досягнення кращого клініко-соціального прогнозу захворювання та результативності лікування до комплексу психосоціальних і реабілітаційних втручань необхідно включати спеціальні методики і заходи, спрямовані на корекцію і відновлення самооцінки хворих на шизофренію.

K. Pohl

PSYCHIATRISCHE KRANKENPFLEGE IN EINER REFORMPSYCHIATRIE Deutschland

Vor der Psychiatriereform stellte sich Krankenpflege in der Psychiatrie nicht als ein klar definiertes Berufsbild dar. Sie wurde im Wesentlichen von den Medizinerinnen, die ihr Aufgaben zuwiesener oder aber von eigenen persönlichen Vorstellungen der Pflegenden bestimmt. So konnte sie von der Vorstellung geprägt sein, „Gutes zu tun“ oder aber, und das war sehr viel üblicher, sich in großer Distanz zu den psychisch kranken Menschen bewegen. Man kontrollierte, bewachte und versorgte, vermied aber überwiegend eine Beziehung, die den Patienten als Menschen mit einer Erkrankung zur Kenntnis genommen hätte. In der Regel waren die Pflegenden weder über biographische Hintergründe noch über die Details der Erkrankungen der Patienten informiert.

Die Psychiatriereform, die die Psychiatrie hin zu einer sozialen Psychiatrie verändern wollte, machte eine neue Art der Begegnung mit den Patienten, aber auch aller Berufsgruppen, die dort ihre Arbeit taten, notwendig. Für die Pflege stellte es sich zunächst am schwierigsten dar, die eigene Rolle positiv zu definieren. Während die anderen Berufsgruppen ihre Aufgaben und deren Bedeutung klar benennen konnten, hatte sie sich bisher als weniger bedeutsam empfunden.

Stellt man nun die Bedürfnisse des psychisch kranken Menschen in den Mittelpunkt, und das ist das Ziel der Reformpsychiatrie, so wird überaus deutlich, wo die besonderen Möglichkeiten der Pflege liegen.

Patienten erleben in der Begegnung mit der Psychiatrie Berufsgruppen, wie zum Beispiel Ärzte und Psychologen, die sich primär um ihre Erkrankung kümmern und das auf sehr spezifische Weise tun.

Die psychiatrische Pflege jedoch sieht ihre Zuständigkeit in weit weniger eingegrenzten Bereichen, die sich idealer Weise so gestaltet:

Pflegende in der Psychiatrie schaffen im Rahmen ihrer Möglichkeiten ein Milieu, dass dem Patienten Wertschätzung und Orientierung vermittelt.

Sie gestalten ihre Beziehung zu ihm so, dass er diese als zuverlässig und tragfähig empfindet. Der Patient kann Pflegende also als Partner erleben, deren Unterstützung er sicher ist.

Sie kennen seine Kranken- und Lebensgeschichte und können so verbliebene Fähigkeiten und Ressourcen des

Menschen erkennen und sie stärken. Sie überfordern nicht, unterfordern aber auch in gar keinem Fall.

Sie sind dem Patienten behilflich und leiten ihn dabei an, für sich selber Sorge zu tragen und pfleglich mit sich um zu gehen. Sie üben mit ihm die Bewältigung seines Alltags ein und unterstützen ihn, Lösungen für Probleme und Konflikte zu finden, die sich zum Beispiel mit anderen Patienten während der Behandlung ergeben.

Sie sind imstande, eskalierende Situationen früh zu erkennen und Maßnahmen zu ergreifen, die zu einer Beruhigung führen oder aber sich anbahnender Gewalt zum Schutze anderer Patienten oder sich selber angemessen zu begegnen.

Pflegende lassen den Patienten erleben, dass die Psychiatrie Hilfe und Schutz vermittelt, auch indem sie aufmerksam auf ihn Acht gibt und nicht, weil sie Kontrolle ausüben will.

Sie sind imstande, dem Patienten Abläufe und Maßnahmen so zu erklären, dass er sie verstehen kann. Es kann sich auch ergeben, dass sie Hilfe beim Verstehen leisten müssen, wenn der Patient Aussagen anderer Berufsgruppen noch nicht verstanden hat. Durch die längere Dauer der gemeinsamen Zeit haben Pflegende die Möglichkeit, erfahren zu haben, auf welcher Ebene von Kommunikation sie den Patienten am besten erreichen.

Krankenschwestern und Pfleger verstehen sich in der Zusammenarbeit mit den anderen Berufsgruppen als gleichwertige Partner, deren Aufgabe es auch ist, positive Voraussetzungen für die spezifischen Angebote der anderen Berufsgruppen zu schaffen. Sie sind sich ihrer Bedeutung im Kontext der multiprofessionellen Teamarbeit bewusst und gestalten den Austausch und die Kommunikation aktiv mit.

Ausbildung und Anleitung für die Pflege sollte besonders die bisher beschriebenen Bereiche stärken. Psychiatrisches und psychologisches Wissen ist unerlässlich, sollte aber im Kontext der spezifisch pflegerischen Tätigkeiten stehen und die Eigenständigkeit der Pflege verdeutlichen. Die Frage der Übertragbarkeit von theoretischem Wissen in eine professionelle Praxis sollte daher besonders intensiv bearbeitet werden.

Wichtig bleibt aber, die multiprofessionelle Arbeit und den Anteil einer jeden Berufsgruppe daran immer wieder gemeinsam zu reflektieren und durch das Wissen um die Aufgaben aller von einander zu profitieren.

ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ РЕФОРМА В СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОМ УХОДЕ ЗА БОЛЬНЫМИ

К. Польш

Психиатрическая реформа в отношении ухода за больными предъявляет высокие профессиональные

требования к персоналу. Реформа психиатрии должна сделать психиатрию истинно социальной, что возможно за счет внедрения качественно нового уровня коммуникации с пациентом медицинского персонала. Это предполагает обязательное обучение персонала для повышения качества практической работы.

Н. Г. Пшук, В. А. Герасимук

ЩОДО НЕОБХІДНОСТІ РОЗРОБКИ ПСИХОКОРЕКЦІЙНИХ ЗАХОДІВ ДЛЯ ДРУЖИН, ЧОЛОВІКИ ЯКИХ СТРАЖДАЮТЬ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Час від часу родичі залучаються до процесу догляду за хворим на шизофренію набагато сильніше, ніж це необхідно, беручи на себе значно більше ніж можуть витримати. В результаті у них не залишається сил та часу на власне життя, ціль якого зводиться лише до боротьби з хворобою, звужується коло їх інтересів, більшість опиняються в соціальній ізоляції, їх спілкування стосується винятково хворого. Це призводить до хронічної незадоволеності у родичів важливими для будь-якої людини потребами – у відпочинку, спілкуванні, особистому житті, професійній реалізації, наявності діяльності, спрямованої на отримання задоволення та радості.

За умови інформованої згоди обстежено 40 жінок віком від 21 до 37 років, чоловіки яких перебували на стаціонарному лікуванні з приводу параноїдної шизофренії. Жінки основної групи (20 чоловік) були включені до психокорекційних заходів, що тривали протягом 6 місяців. Контрольну групу склали 20 жінок, що мають хворого на шизофренію чоловіка, та яким не надавалась психокорекційна допомога.

Жінки основної та контрольної груп обстежувалися на початку та по завершенню проведеного дослідження за допомогою клінічного інтерв'ю з використанням психодіагностичних шкал. Для дослідження рівня депресії використовувалась шкала депресії Бека, для оцінки рівня особистісної та ситуативної тривожності – тест Спілбергера-Ханіна (Райгородський Д. Я., 2001 р).

Робота з сім'ями, що мають чоловіка, хворого на шизофренію, передбачала декілька етапів. На першому етапі проводилася інформаційна психоосвітня робота: дружинам та їх чоловікам надавалась інформація про природу, перебіг та медикаментозне лікування шизофренії, з метою профілактики рецидивів. Обговорювались переваги та недоліки такого лікування, включаючи побічні ефекти. В доступній формі описувалась модель стресу та його вплив на розвиток загострення психічного захворювання. Наступним етапом було проведення тренінгів для формування навиків ефективної комунікації,

а також тренінгів «вирішення проблем» з метою зниження емоційної напруги в сім'ї, а також виробки адекватних способів стрес-долаючої поведінки в кризових ситуаціях.

Як показало проведене дослідження, за сумарними показниками рівня депресії та ситуативної тривожності між основною та контрольною групами були виявлені достовірні відмінності ($p \leq 0,05$). При дослідженні рівня депресії у більшості дружин спостерігались депресивні розлади середньої важкості – 40%, легкий рівень депресії – 55%, важкий рівень – 5% в основній групі. В контрольній групі: легка депресія виявлялась у 60% дружин, середня – у 40%. Середні показники ситуативної та особистісної тривожності в основній та контрольній групах склали відповідно $45,5 \pm 1,1$ і $68,7 \pm 1,2$ та $46,3 \pm 1,1$ та $65,5 \pm 1,1$. Після проведеної психокорекційної роботи, яка тривала протягом 6 місяців, в основній групі показники рівня депресії розподілились наступним чином: 70% жінок не відмічали наявності депресії, наявність легкої депресії відзначалась у 20%, помірна депресія збереглась у 10%. Середні показники особистісної тривожності склали $44,6 \pm 1,1$, ситуативної $44,5 \pm 1,1$. Дослідження рівня депресії та тривожності в основній групі показало відсутність істотних змін емоційних реакцій дружин. Легка депресія спостерігалась у 55% опитаних, середня у 45%. Середні показники ситуативної та особистісної тривожності становили $45,7 \pm 1,1$ та $64,1 \pm 1,2$ відповідно.

Отже, отримані результати демонструють ефективність впливу психокорекційних програм на емоційний стан жінок, чоловіки яких страждають на шизофренію. Дружини відмічали покращення взаєморозуміння зі своїми близькими, що страждають на шизофренію, підвищення рівня знань про лікування хвороби чоловіка з метою попередження екзацербациї хвороби. Все це свідчить про потребу комплексної допомоги сім'ям, де чоловік страждає на шизофренію з залученням психіатрів, лікарів-психологів та психотерапевтів.

Н. Г. Пшук, А. О. Камінська

АНАЛІЗ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ РІВНЯ СУБ'ЄКТИВНОГО КОНТРОЛЮ ТА СТАНІВ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Рівень суб'єктивного контролю є одним із найважливіших копінг-ресурсів особистості, що створює сприятливі умови для подолання станів професійної дезадаптації і сприяє формуванню адекватних стратегій подолання стресових ситуацій. На думку Дж. Роттера, суб'єктивний контроль, або локус контролю, являє собою певний спосіб сприймання людьми подій, як залежних або від власної поведінки (інтернальний локус контролю), або від інших людей, долі, удачі і т. д. (екстернальний локус контролю), а також може трактуватись як ступінь розуміння людиною причинно-наслідкового взаємозв'язку між власною поведінкою та досягненням бажаного результату.

Для дослідження взаємозв'язку рівня суб'єктивного контролю та синдрому професійної дезадаптації нами було відібрано групу з 35 абдомінальних та торакальних хірургів у віці від 35 до 63 років з попередньо виявленими в ході клінічного інтерв'ю та підтвердженими за методикою О. Н. Родіної ознаками синдрому професійної дезадаптації, а також контрольну групу з 23 лікарів-хірургів без ознак професійної дезадаптації, в т. ч. лікарів-інтернів; обидві групи було обстежено за допомогою методики «Рівень суб'єктивного контролю». Аналіз результатів дослідження дозволив відзначити деякі тенденції у спрямованості локусу контролю в обстежених групах лікарів. Так, в експериментальній групі виявлено переважання екстернальної спрямованості у професійній ($6,3 \pm 1,8$) та міжособистісній ($3,9 \pm 0,8$) сферах та сфері невдач ($6,1 \pm 1,9$) порівняно з контрольною групою. У досліджуваних з контрольної групи переважають екстернальні реакції у сфері досягнень ($6,0 \pm 1,2$), здоров'я ($2,3 \pm 0,6$) та сімейній сфері ($5,7 \pm 1,1$).

Таким чином, у сфері професійних відносин лікарі основної групи виявились більш екстернальними, порівняно з лікарями контрольної групи, що свідчить про більшу вразливість при вирішенні професійних завдань, зниження здатності контролювати ситуацію професійної взаємодії з пацієнтами, тенденцію перекладати

відповідальність за те, як складаються професійні відносини, на партнерів по спілкуванню, зокрема пацієнтів та колег. Зсув локусу контролю у сфері професійних відносин в екстернальну зону відображає підвищену чутливість та суб'єктивну вразливість у зазначеній сфері соціальної взаємодії. Зниження показників інтернальності в міжособистісній сфері у лікарів експериментальної групи вказує на суб'єктивну вразливість при встановленні нових контактів, при спілкуванні з пацієнтами, у порівнянні з лікарями контрольної групи. Можна припустити, що у лікарів із екстернальним контролем в міжособистісній сфері дезадаптивна поведінка частіше спостерігається в ситуаціях вирішення професійних завдань, оскільки міжособистісне спілкування є основою діяльності лікаря. Наведені дані дозволяють припустити зв'язок синдрому професійної дезадаптації з такими індивідуально-психологічними особливостями, як зниження здатності активно формувати своє коло спілкування, встановлювати нові контакти, пасивність у соціальній взаємодії, делегування іншим особам функції активно діяти і регулювати хід взаємин.

Звертає на себе увагу підвищення показників інтернальності у сфері досягнень і зниження у сфері невдач у лікарів основної групи. Таке поєднання може носити захисний характер, допомагаючи знизити рівень тривоги та емоційної напруги. У групі лікарів з ознаками професійної дезадаптації відзначаються вищі показники в області сімейних відносин і відносно здоров'я і хвороби. Це показує, що для лікарів, що високо оцінюють ступінь впливу робочих проблем на свій емоційний і соматичний стан, сфера сімейних відносин є сферою більшого пріоритету, ніж для лікарів, що не відчують емоційного дискомфорту на роботі. Підвищення показників в області здоров'я і хвороби відображає велику відповідальність цих лікарів за стан свого здоров'я, що може стати сприятливим підґрунтям для проведення психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

Н. Г. Пшук, М. В. Маркова, Є. Я. Пшук

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ СІМЕЙНОЇ ІНТЕРВЕНЦІЇ В ПРОЦЕСІ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

На сучасному етапі розвитку психіатрії неоднозначним є підхід до проблеми деінституціоналізації. Скорочення кількості стаціонарів призводить до того, що більшість пацієнтів потрапляють в неблагоприємні умови. Порушуються схеми застосування психофармакотерапії, а сім'я, де проживає хворий, не завжди готова на себе взяти тягар проблем щодо адаптації хворого у середовищі.

Однак слід зазначити, що соціальна підтримка, сімейна та професійна допомога відіграють важливу роль у профілактиці повторних госпіталізацій та суттєво підвищують якість життя та соціального функціонування хворих на шизофренію. У повсякденному житті хворі визнають, що для них є найважливішим наполягати на своїх правах, приймати рішення, організовувати власні дії та просити

про допомогу. Звісно, така ситуація ставить питання щодо розробки нового напрямку у наданні комплексної допомоги психічно хворим – питання подальшого розвитку та удосконалення психосоціальної терапії.

Психосоціальна терапія включає в себе два основних напрямки – психофармакотерапію та психосоціальне втручання, яке націлене навчити як пацієнта, так і членів його сім'ї адекватно використовувати адаптивні копінг-стратегії та активно формувати навколо себе систему активної соціальної підтримки, завдяки якій можна було б подолати будь-які стресові ситуації. Саме сім'я хворого може бути джерелом соціальної підтримки, а може іноді виступати значним негативно забарвленим психогенним чинником, завдяки якому порушується психосоціальна адаптація хворих.

Реакція сім'ї (дружина, референтний родич) на наявність психічно хворого її члена визначається клініко-психопатологічним станом пацієнта, тривалістю хвороби, рівнем матеріального забезпечення сім'ї, рівнем функціонування особистісних копінг-ресурсів членів сім'ї, їх здатністю розвивати мережу соціальної підтримки, формувати адекватні поведінкові паттерни. Тому постає питання подальшої розробки та удосконалення

психосвітніх програм для членів сім'ї, які проживають з психічно хворим. Навчальна психоосвітня сімейна інтервенція має бути спрямована на: розвиток когнітивного усвідомлення психопатологічного стану пацієнта, адекватне сприйняття хворого як суб'єкта соціального процесу, попередження формування образу «хронічно невиліковного хворого», зниження емоційної напруги у внутрішньосімейних стосунках; створення позитивної комунікації зі спеціалістами, які надають професійну допомогу пацієнту; розвиток та підтримка комплаєнтності; формування адекватних уявлень про хворобу; оволодіння навичками та стратегіями подолання гострого та хронічного стресу.

Формування психоосвітніх програм для сімейної інтервенції повинно враховувати тип перебігу та тривалість хвороби, наявність чи відсутність шизофренічного дефекту, стан фінансового забезпечення сім'ї, рівень емоційної та інтелектуальної взаємодії в сім'ї та загальний аналіз сімейних проблем, оцінку особистісних особливостей не лише пацієнта, а й дружини чи референтного родича, рівень вже сформованої комплаєнтності, соматичний стан членів сім'ї, тип реагування сім'ї на наявність психічно хворої особи.

О. В. Радзевілова

ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО-НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЯННЯ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

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

Зріст жіночої злочинності в Україні зумовлює підвищену увагу до цієї когорти населення. Особливо зростає інтерес до вивчення психологічних властивостей особистості, складних динамічних змін у її діяльності і вчинках, впливу особистісних якостей на скоєння злочину, його характерні риси. Вивчення зв'язку агресивних дій жінок з їх індивідуальними особливостями (в тому числі з урахуванням взаємодії «особистості та ситуації») дозволяє відмежувати структури особистості, які є важливими у формуванні агресивних дій від ситуаційно обумовлених форм реагування.

Матеріали дослідження. Для вивчення індивідуально-психологічних властивостей жінок, які скоїли суспільно небезпечні дії (СНД) проти життя та здоров'я особи, було досліджено 22 акти стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних та судово-психіатричних експертиз із результатами психологічного обстеження жінок. На період, що відноситься до вчинення злочину у 13,6% осіб мали місце ознаки психічного розладу (хронічний алкоголізм; змішаний тривожний та депресивний розлад; епізодичне вживання алкоголю). В усіх випадках виносилось експертне рішення, згідно якого підекспертна особа визнавалась здатною усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними.

Методи дослідження. Використовувався якісний аналіз даних психологічного дослідження психологів-експертів: індивідуально-психологічних та емоційно-вольової сфер особистості. Оцінювався анамнез життя

підекспертної, аналізувався стан, що передував правопорушенню, стан в момент правопорушення та в період проведення експертного дослідження.

Результати дослідження. Підекспертні особи обвинувачувались у скоєнні СНД за наступними статтями КК України: ст. 115 ч. 1 (умисне вбивство) – 72,7% осіб, ст. 115 ч. 2 (умисне вбивство неповнолітньої дитини) – 9,1%; ст. 121 ч. 2 (тяжкі тілесні ушкодження, що призвели до смерті потерпілого) – 18,2%. Для вирішення експертних питань у 54,5% випадках судом призначалась стаціонарна комплексна судова психолого-психіатрична експертиза; у 45,5% випадках – стаціонарна судово-психіатрична експертиза, під час проведення якої проводилось психологічне дослідження.

Вік підекспертних на момент скоєння СНД коливався від 20 до 47 років. Кількість осіб віком: 18–25 років становила 18,2%; 26–35 років – 27,3%; 36–45 років – 45,5%; 47 років – 9,1%. Незакінчену середню освіту мали 27,3% осіб, середню-спеціальну освіту отримали 72,7% осіб. Збережену трудову адаптацію мали 54,5% осіб; в 45,5% випадків підекспертні не працювали.

В анамнезі асоціальну поведінку (крадіжки, бійки, постійне вживання алкоголю, були на утриманні родичів) мали 72,7% осіб; 27,3% осіб виявляли позитивну соціальну спрямованість. Під час скоєння СНД у стані алкогольного сп'яніння перебували 45,5% підекспертних.

Потерпілими у кримінальному провадженні були: чоловік підекспертної – 45,5%; співмешканець – 36,4%;

малознайомі особи (у ході розпиття спиртних напоїв) – 9,1%; неповнолітні діти – 9,1%. Знарядям пошкоджень виступали: гострі предмети – 63,6% випадків, тупі предмети – 18,2%, змішані (нанесені тупим предметом та різані рани) зафіксовані у 13,6% випадків; смерть від асфіксії під час втоплення фіксувалась у 4,5%. Множинність поранень у потерпілих відзначалась у 77,3% випадків.

У 45,5% випадків у кримінальній справі містились негативні характеристики на підкспертну особу; підкспертні характеризувались позитивно лише у 9,1% випадків; у 45,5% мала місце формально-позитивна характеристика.

Характер стосунків підкспертної із потерпілим по кримінальній справі визначались як конфліктні (тобто мали місце насилля з боку потерпілого у справі) у 86,4% випадків; лише в 9,1% відмічались теплі взаємовідносини.

Злобу, як домінуючу емоцію підкспертні описували у 4 випадках; в одному випадку підкспертна зображувала альтруїстичні мотиви (вбивство, як спосіб врятувати потерпілого від «поганого життя»); в решті випадків підкспертні особи ніяк не зображували свій емоційний стан або посилались на забування деталей правопорушення (51,1%). Під час конфлікту з потерпілим було скоєно 95,5% СНД. На експертизі у 63,6% осіб виявлялась захисна позиція.

Зміни в емоційно-вольовій сфері мали місце у 90,9% підкспертних: емоційна лабільність спостерігалась у 72,7% випадків, вольова нестійкість у 27,3% осіб; емоційне огрубіння та емоційна неврівноваженість – у 18,2% осіб. Тільки у 9,1% випадків підкспертні мали емоційну врівноваженість та стеничність.

Серед індивідуально-психологічних особливостей жінок, які скоїли СНД проти життя та здоров'я інших осіб, притаманними були егоцентризм, дратівливість, екзальтованість емоційних переживань, імпульсивність, схильність до накопичення негативних переживань, зовнішньо-звинувачувальний радикал, демонстративні форми поведінки, низька сформованість морально-етичної сфери, вузький кругозір та обмеженість інтересів побутовими проблемами, тощо.

Висновки. Вищезазначене свідчить, що у досліджуваній групі жінок переважно відмічались індивідуально-психологічні особливості збудженого кола (імпульсивність, дратівливість, схильність до самоафектації тощо), що підтверджується негативними та формально-позитивними характеристиками з місця проживання, асоціальним стилем поведінки. Зазначені особливості у поєднанні із обмеженістю інтересів, низькою сформованістю морально-етичної сфери, зовнішньо-звинувачувальною позицією, сприяла вчиненню агресивних дій у суб'єктивно складних ситуаціях таких як реакція на тривалі конфліктні відносини із потерпілим.

Р. В. Рахманов

ЗНАЧИМОСТЬ ПСИХИЧЕСКИХ (НЕПСИХОТИЧЕСКИХ) РАССТРОЙСТВ У РОДИТЕЛЕЙ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (АУТИЗМ (А), АУТИЧЕСКИЙ КРУГ РАССТРОЙСТВ (АКР), ДЕТСКИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧ (ДЦП))

КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница Днепропетровского областного Совета», г. Днепропетровск

Несмотря на многочисленные и многолетние научные исследования, проводимые во всех странах мира, проблемы медицинской и социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями, в том числе А, АКР, ДЦП остаются нерешенными.

В разных странах мира общее количество детей с А и АКР, в т. ч. с ограниченными возможностями, колеблется от 26 до 54 и выше случаев на 10000 детского населения. Последние показатели распространенности заболеваний – 54 и выше на 10000 детей – отличаются от ранее полученных данных из-за того, что АКР рассматриваются с включением атипичных форм аутизма, в т. ч. и детей других форм ограниченных возможностей.

Также следует отметить, что в практике более 90 % родителей, услышав от специалистов о неизлечимости болезни ребенка, испытывают сильнейший стресс. В начальном периоде болезни ребенка они дезорганизованы, дезинтегрированы, ухудшается их психосоматический статус и в дальнейшем появляются психотические (непсихотические) расстройства, неадекватное поведение, конфликты в микро- и макросреде и др. Родители превращаются в пациентов «врачебных лабиринтов».

Это дополнительно усугубляет их состояние и негативно влияет на состояние детей. Некоторыми элементами негативных влияний являются: а) гиперопека; б) жалость (патологическая); в) повторение при больных детях их недостатков и жалоб; г) ограничение в трудовой деятельности; д) болезненная стеснительность, сокрытие болезни ребенка и ограничение контактов с окружающими; е) прощение капризов детей; ж) чрезмерное переживание болезни ребенка; з) проявление эмоциональной несдержанности родителей (плач, слезы и жалобы) на глазах у ребенка; и) страх перед будущим; к) ограничение внимания к другим членам семьи из-за чрезмерного внимания к больному ребенку; л) вера в нетрадиционные методы лечения (колдунов, знахарей и др.) и игнорирование традиционных методов и рекомендаций специалистов и др. Как показывает практика, из-за жалости к ребенку многие родители ограничивают самостоятельное развитие ребенка. В частности, кормят ребенка даже «сидя перед телевизором», берут на руки и др., хотя сами дети способны к самостоятельному питанию и ходьбе. Это дополнительно тормозит развитие мелкой и крупной моторики.

Для повышения эффективности лечебно-реабилитационных мероприятий у детей необходимо учитывать нарушение внутрисемейных отношений (конфликты, разводы), наличие психотических (непсихотических) расстройств, суицидальных поведений у родителей и других неблагоприятных внутрисемейных обстоятельств. Это является одним из ключевых факторов в организации и проведении целенаправленных лечебно-реабилитационных мероприятий.

В наших ранних исследованиях наблюдения за состоянием родителей детей с ограниченными возможностями (на эмпирических данных при объеме выборочной совокупности 518 родителей (n=518) было выявлено, что при уровне надежности 95% среднее значение

совокупной эффективности лечения (положительная динамика) в психосоматическом статусе родителей под влиянием целенаправленных и позитивных лечебно-реабилитационных мероприятий у детей (т. е. опосредованный эффект, без лечения родителей) составляет: 45,6403 – 47,6300%.

При этом следует отметить, что во всех реабилитационных мероприятиях, с целью полноценной помощи детям, следует индивидуально подходить как к ребенку, так и к членам семьи и, приступая к оказанию медико-социальной помощи ребенку, следует оказать такую же помощь и родителям больного ребенка и при необходимости подключить других специалистов, в т. ч. использовать биологические методы терапии (фармакотерапия).

О. А. Ревенок, О. В. Радзевілова

ЖІНКИ, ЯКІ ВЧИНИЛИ ЗЛОЧИНИ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ (ПИТАННЯ СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ)

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

Сплеск жіночої злочинності характерний нині для багатьох країн світу. Так, у Західній Європі за останні 20 років жіноча злочинність зросла в 4 рази, в Італії в середньому 13% вбивств здійснюється жінками. Аналогічна картина склалась і в Україні, де за останні 20 років жіноча злочинність збільшилась майже у 4 рази. За даними офіційної статистики МВС України в 2008 році із загальної маси зареєстрованих правопорушень питома вага злочинів, скоєних жінками складала – 13,2%, у 2009 році – 13,7%; у 2010 році – 13,9%, в 2011 році – 13,6%.

У структурі жіночої злочинності переважають вбивства, крадіжки та інші правопорушення. Однак, спостерігається процес зміни структури жіночої злочинності, що проявляється у збільшенні кількості злочинів, що традиційно скоювались чоловіками. Жорстокість, агресивність, насильницькі методи вирішення конфліктних ситуацій, асоціальний тип поведінки, стали характерними ознаками для більшості жінок-злочинниць. Тим паче, розповсюдженість алкоголізму в нашій країні стосуються й жінок. Наприклад, на 6 чоловіків із залежністю від алкоголю припадає одна питуща жінка. Стан алкогольного сп'яніння під час скоєння злочину підвищує емоційність сприйняття та імпульсивність реагування, знижує вольовий контроль над поведінкою, полегшує вибір соціально несприятливих форм реагування, посилює особистісні риси збудливого типу. Зміни особистості за алкогольним типом при хронічному алкоголізмі накладає відбиток на характер вчинених агресивних дій.

Деякі автори відзначають, що жінки частіше скоюють злочини проти особистості по відношенню до людей з найближчого оточення (І. Кудрявцев, 1997; В. Булаков, 2000; Ю. Агеєва, 2001; Р. Robbins et al, 2003; Н. К. Харітонова з співавт., 2006). Іншим фактором, що зумовлює скоєння жінками тяжких злочинів проти особистості є насилля в сім'ї. Відмічається, що на фоні

тривалої фрустрації та емоційного напруження жертви внутрішньосімейної агресії часто самі стають суб'єктом злочину, тобто жертва та агресор ніби обмінюються позиціями (Р. Берон, Д. Річардсон, 2000; Ю. Агеєва, 2001; Simmons С. А., 2008). За даними А. С. Вяткіної, О. Г. Зубової (2008) жінки, які самі у дитинстві зазнавали сексуального та фізичного насилля в сім'ї, частіше за все в подальшому штучно створювали конфліктні ситуації задля емоційної розрядки.

У зв'язку із збільшенням росту жіночої злочинності зріс інтерес до особистості жінки-злочинниці як до суб'єкту злочину на всіх стадіях кримінального провадження. А судова оцінка таких жінок залишається в межах визначення осудності, тобто впливу наявної у них психічної патології на здатність усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними (В. І. Васяніна з співав., 2008; Putkonen H. et al, 2007 та ін.). Проте незначна кількість робіт присвячена структурі агресивних дій проти життя та здоров'я осіб, які скоюють психічно здорові жінки.

Виходячи із вищезазначеного, при дослідженні особливостей агресивних злочинів, що скоюють жінки, як певного відображення індивідуально-психологічних і психоемоційних особливостей, потрібно враховувати, що особистість взагалі являє собою складне динамічне утворення.

Судово-експертна оцінка жінок, що скоїли суспільно небезпечні діяння проти життя та здоров'я особи потребує психологічного дослідження різних аспектів структури особистості, не тільки врахування емоційного стану під час скоєння злочину, а й у передкримінальний період, характеру стосунків із потерпілим (особливо для жінок-жертв домашнього насилля), особливості форм реагування в конфліктних ситуаціях. Задля такої оцінки необхідно використання достатньо валідного та надійного набору психодіагностичного інструментарію.

О. А. Ревенко, О. В. Радзевілова
СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНА ОЦІНКА ОСОБИСТІСНИХ ЗМІН В ОСІБ ІЗ ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ

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

В останні роки в Україні збільшується чисельність осіб, які зловживають алкоголем. За даними офіційної статистики, хронічним алкоголізмом страждає близько 1 млн. населення України. Широка розповсюдженість хворих із залежністю від алкоголю збільшує кількість судових спорів у цивільному процесі, щодо здатності таких осіб усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час підписання правочинів.

Хоча формуванню хронічного алкоголізму, як прогресуючої хвороби у дорослих осіб передують доволі тривалий період пияцтва, вже на початковому етапі виявляються зміни в емоційно-вольовій сфері. З'являється почуття ізоляції, збіднення емоційних переживань, відсутність стійких відносин і нестійкість взаємин з людьми. Залежній особистості найвищою мірою властива сугестивність як особистісна риса (наприклад, некритичність самосприйняття, легковірність, податливість груповому впливу, авторитарному керуванню тощо).

Зловживання алкогольними напоями далеко не завжди супроводжується вираженими порушеннями інтелектуальної сфери. Алкоголізація, в першу чергу, впливає на вольові процеси, в тому числі й на мотиваційну спрямованість особистості. Через зловживання алкоголем набувають змін преморбідні характеристики особистості аж до її деградації. Такі зміни стосуються життєвого сенсу, ціннісних орієнтацій, світогляду та самосвідомості; формуються нові погляди, позиції, що обумовлюють, раніше не властиві для особистості, дії та стиль життя (Г. І. Дереча, 2005 р.). Зниження особистості (деградація) проявляється: змінами у мотиваційній сфері («здви́г мотиву на ціль», завдяки чому алкоголь стає провідним мотивом усієї діяльності); зниженням вольового радикалу по відношенню до видів діяльності не пов'язаних із алкоголем, залежною поведінкою; порушеннями преморбідних постанов, звуженням кола інтересів, збідненням морально-етичної сфери.

Залежній особистості властиві порушення соціального інтелекту (Н. А. Сирота та Н. І. Зенцова, 2010 р.): змінюється пізнання людини та її роль у подоланні життєвих проблем, порушується пристосування до соціального оточення і здатність це оточення формувати; виявляється зниження здатності осягати результати своєї соціальної поведінки, передбачати її причинно-наслідкові зв'язки. Вищезазначені зміни сприяють соціальній дезадаптації людини. Домінування потреби в алкоголю перешкоджає реалізації інших потреб та втілюється в порушенні міжособистісних відносин. Втрати контактів з особами найближчого оточення є додатковим стресогенним впливом на цих хворих.

Захисні механізми особистості, що проявляються анозогнозією, впливають на адекватне сприйняття своєї хвороби (порушується вміння таких хворих оцінити себе з боку, що, в свою чергу, заважає адекватно співвіднести власні дії з сформованою ситуацією). Також за результатами досліджень азогнозії у хворих на алкогольну залежність виявлено, що ступінь усвідомлення наявних проблем із зловживанням алкоголю впливає на структуру особистісних змін (Г. І. Дереча, В. А. Дереча, 2010 р.). Наприклад, в осіб з повним витісненням своєї хвороби відмічались загальна вдоволеність своїм життям, усвідомлене відношення до нього, ясність наявних цілей і позицій, змістовність занять і справ та небажання щось кардинально змінювати.

Виходячи з вищенаведеного, можна зробити висновок, що при судовій оцінці здатності осіб із залежністю від алкоголю усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними під час вчинення правочинів не можна ґрунтуватись лише на вивченні вираженості інтелектуально-мнестичних порушень або на факті перебування особи у стані алкогольного сп'яніння при підписанні правочину. Алкогольна залежність зачіпає особистість в цілому, зі зміною структури мотиваційної спрямованості особи, що обумовлено прагненням продовжувати вживати алкоголь.

О. А. Ревенко¹, Н. Ю. Васильсва²
КЛІНІЧНА СТРУКТУРА ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ЖІНОК, ЯКІ СКОЇЛИ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНІ ДІЇ ПРОТИ ЖИТТЯ ТА ЗДОРОВ'Я ОСОБИ

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ

Аналіз літературних даних дозволяє виділити такі аспекти кримінальної, агресивної поведінки жінок: клінічний, соціальний, юридичний, судово-психіатричний.

Зупинимося на вивченні клінічної структури психічних розладів у жінок, які скоїли суспільно небезпечні дії (СНД) проти життя та здоров'я особи. З цієї

метою були проаналізовані 122 випадки стаціонарних судово-психіатричних експертиз (СПЕ), проведених на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи щодо жінок, звинувачених у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи. Період вибірки склав 10 років (2001–2011 рр.).

Встановлено, що до проведення СПЕ вивчасомого контингенту, на психіатричному обліку перебувало 20,4% жінок, з них 72% проходили лікування в психіатричних лікарнях; під спостереженням у нарколога знаходилося 4% жінок, з яких 60% – лікувалися в психіатричних клініках; 7,4% жінок з різних причин проходили лікування в психіатричних лікарнях, не перебуваючи при цьому на обліку у психіатра і нарколога; 68% – на обліку не перебували.

Виявлено, що 32% жінок вперше був встановлений психіатричний діагноз у період проведення стаціонарної СПЕ.

У 51% випробовуваних, звинувачених у скоєнні СНД проти життя та здоров'я особи виявлена різного роду соматична патологія: системи кровообігу – 43,5%, травної – 25,8%, органів дихання – 17,7%, видільної та обміну речовин – по 4,8% відповідно. Онкологічна патологія відзначалася у 3,2% жінок. У 52% підекспертних були виявлені неврологічні розлади. У структурі неврологічної патології переважали варіанти вегетативної дисфункції – 44,4%, наслідки черепно-мозкової травми – 23,8%, прояви дисциркуляторної енцефалопатії – 22,2%, дифузні зміни ЕЕГ – 6,3%. Патологія периферичної нервової системи та судомний синдром були виявлені у 1,6% випадків відповідно.

За наявними даними 68% жінок на період інкримінованого їм діяння перебували у стані алкогольного сп'яніння. Слід зазначити, що 18% до моменту вчинення злочину систематично зловживали спиртними напоями.

Було встановлено, що за нозологічними формами жінки, які звинувачувалися у скоєнні тяжких злочинів розподілялися таким чином: розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю (F 10.0 – F 10.9) – 19,7%, органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки (F 00 – F 09) – 14,8%, шизофренія (F 20) – 10,6%, розлади особистості та поведінки (F 60–69) – 7,4%, розумова відсталість (F 70–79) – 6,5%, афективні розлади (F 30 – F 39) і розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших психоактивних речовин (ПАР) (F 11 – F 16; F 18 – F 19) – по 2,4%. До 1% склали випадки з гострими і транзиторними маячними розладами (F 23; F 24), шизоафективними розладами (F 25), хронічними та іншими психотичними розладами (F 22; F 28; F 29), невротичними, пов'язаними зі стресом та

соматоформні розлади (F 40 – F 48), поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами (F 50 – F 59), розладами психологічного розвитку, поведінки та емоцій дитячого та підліткового віку (F 80 – 89; F 90 – 98). Слід зазначити, що серед всіх жінок, які перебували на стаціонарній СПЕ та звинувачувались у скоєнні тяжких злочинів проти життя та здоров'я особи 31,1% були визнані психічно здоровими, причому в більшості випадків у них переважав збудливий тип реагування й емоційна нестійкість.

За наявними даними, серед усіх жінок, що проходили стаціонарну СПЕ та звинувачених у вчиненні злочинів проти життя та здоров'я особи в 59% випадків вони звинувачувалися у скоєнні вбивств (ст. 115–119 КК України), а в 41% випадків – у нанесенні тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості (ст. 121–128 КК України). Жінки, обвинувачені в скоєнні вбивств у 16,7% випадків виявляли розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, в 15,3% – органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки, в 9,7% – ознаки шизофренії, по 6,9% – розлади особистості та поведінки і розумову відсталість, у 4,2% – афективні розлади, в 2,8% – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших ПАР, по 1,4% – невротичні розлади та поведінкові синдроми, пов'язані з фізіологічними порушеннями і фізичними факторами. Психічно здоровими визнані 34,7% жінок. Жінки, обвинувачені у вчиненні тілесних ушкоджень різного ступеня тяжкості в 16% випадків виявляли ознаки шизофренії, в 14% – органічні, включно з симптоматичними, розлади психіки, в 10% спостережень – розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю, в 8% – розлади особистості та поведінки, в 6% – розумову відсталість, по 2% – гострий маячний розлад, шизоафективні, хронічні та інші психотичні розлади, а також розлади психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних та інших ПАР, відповідно. 38% жінок визнані психічно здоровими.

Таким чином, проведене дослідження показує, що клінічний аспект кримінальної, агресивної поведінки жінок слід детально і глибоко вивчати з метою розробки певних соціально – профілактичних заходів для запобігання зростання жіночої злочинності, особливо серед жінок які страждають психічними розладами.

О. А. Ревенок¹, О. Б. Сувало²

ПРОБЛЕМИ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ З «ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЮ ЕНЦЕФАЛОПАТІЄЮ», ЯКІ УКЛАЛИ ПРАВОЧИНИ

¹Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

Однією з найактуальніших та найскладніших проблем судово-психіатричної експертизи в цивільному процесі є діагностика психічних розладів у осіб, яким було встановлено «дисциркуляторну енцефалопатію» та які уклали правочини. Особливі труднощі виникають при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз, коли лікарі судово-психіатричні експерти

не мають можливості провести безпосередній психіатричний огляд особи, та для відповіді на поставлені запитання, досліджують надані судом матеріали, які не завжди є достатньо інформативними, об'єктивними та часто не відповідають сучасному рівню розвитку медичної науки в цілому.

У результаті аналізу випадків судово-психіатричних експертиз як помертвих, так і живих осіб, яким було діагностовано «дисциркуляторну енцефалопатію» та які уклали правочини, нами виділено кілька проблем, які, значною мірою ускладнюють проведення судово-психіатричних експертиз відповідно до сучасних стандартів медичної науки та експертології, та потребують глибшого дослідження та нагального вирішення:

1. Поняття «дисциркуляторної енцефалопатії» відсутнє в Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду, натомість, 3 нозології класифікації (за деякими авторами – 5 і більше) частково відповідають опису цього поняття.
2. Діагноз «дисциркуляторної енцефалопатії» встановлюється переважно лікарями амбулаторної служби (невропатологи, сімейні лікарі, дільничні терапевти), які, не будучи спеціалістами в галузі психіатрії, в своїх записах фіксують розлади психічної діяльності різного спектра та ступеню вираженості, не кваліфікуючи їх відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду.
3. При встановленні діагнозу «дисциркуляторної енцефалопатії», що супроводжується психічними

розладами у осіб, які уклали правочини, в зв'язку з відсутністю кваліфікації даних розладів та визначення ступеня їх вираженості, значно ускладнюється можливість ретроспективного встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в періоди, які цікавлять суд при вирішенні цивільних суперечок.

Підсумовуючи вищесказане, слід зазначити, що, незважаючи на чинність та обов'язковість до застосування Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду, лікарями надалі широко застосовується поняття «дисциркуляторної енцефалопатії». При наявності виражених психічних розладів у осіб з «дисциркуляторною енцефалопатією», без компетентної кваліфікації психічного стану лікарем психіатром (проведення психіатричного огляду), в зв'язку з відсутністю чіткої критеріальності та низькою доказовістю описаних психічних порушень, судово-психіатричне ретроспективне дослідження психічного стану та визначення ступеню здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання правочинів значно ускладнюється або є неможливим взагалі.

A. Romaniv, O. Khaustova

MODERN FEATURES OF SUICIDE PREVENTION

Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse

Keywords: auto-aggressive behavior, suicidal activity, accidental death, suicide, prevention, psychological and psychiatric support

Was analyzed the global and domestic data on the prevalence of suicide, providing a range of socio-demographic indicators for suicidal activity. The model of «suicidal process» describes typical suicide predictors and preventers. Also analyzed the mortality rate and the distribution of deaths from external causes in the home, including cases of completed suicide attempts in 2011 in Ukraine. The cause of the majority of so-called «accidental death» (an overdose of drugs, road crashes, falls from height, etc.) are actually suicides. Such a redistribution of the relative number of suicides among the causes of

mortality from external causes in life confirms the need for a more detailed analysis of deaths from accidents and the need to create programs for the psychological support of persons receiving medical assistance after an accident. Then create such a program, we have analyzed the data from one of the regions of Ukraine, which is not marginalized by the statistics, namely the Zakarpattia region in 2008–2010. Rating suicides in Zakarpattia leading cause of death from external causes in the home in 2011 amounted to 19.8% in the first half of 2012 – 17.7%. Among the causes of death with confidence prevailed mechanical asphyxia by hanging (which is the leading method of suicide in an irreversible world, especially in countries with restrictions on firearms (including Ukraine)).

С. Н. Саржевский

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА И ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье

Несмотря на частую встречаемость депрессивной симптоматики в структуре органических расстройств, в отечественных классификациях сохраняется тенденция не выделять их в самостоятельную нозологическую категорию. В то же время объединение таких разнородных феноменов, как органические аффективные расстройства, в общей синдромальной группе по МКБ-10 без четкой клинической дифференциации синдрома создает,

сложности, связанные с оценкой состояния и выбором адекватного лечения (С. В. Корень, 2008).

Данная работа посвящена сравнению депрессий вследствие различных органических заболеваний мозга, диагностированных в одной рубрике – органическое аффективное расстройство с целью ранней их диагностики и поиска путей профилактики.

Наблюдались 32 больных острого мужского отделения Запорожской областной психиатрической больницы в возрасте 32–67 лет с депрессией вследствие органического поражения ЦНС. Этиологическими факторами поражения мозга являлись 3 группы заболеваний: сосудистые поражения, включая последствия инсультов (11 больных); последствия ЧМТ, включая симптоматическую эпилепсию (11 больных); интоксикационное алкогольное поражение (10 пациентов). Критерием для включения депрессий в этот раздел являлась их прямая обусловленность церебральным заболеванием, наличие которого подтверждено адекватными клиническими и параклиническими методами исследований. Для оценки выраженности и особенностей переживаний применялась шкала Гамильтона.

Общей особенностью клиники всех признаков депрессий вне зависимости от основного заболевания были утомляемость, слабость, гиперестезия, ранимость, элементы недержания аффекта, сочетание затруднений в межличностных контактах и психотические включения. При этом симптоматика имела упрощенный, схематичный и повторяющийся характер, она не была связана с возрастным фактором.

В каждой из исследуемых группы больных имелись свои особенности депрессий, которые включали дифференцированную лечебную тактику. Так, при преимущественном сосудистом поражении мозга доминировали тревожные депрессии с наибольшей выраженностью в вечерние часы. Диагностика постинсультной депрессии

маскировалась соматическими заболеваниями, в большинстве случаев присоединялась ипохондрическая фиксация. В лечении наиболее эффективными были селективные антидепрессанты в комбинации антидепрессант – ноотроп – антиоксидант.

При последствиях ЧМТ депрессивный аффект проявлялся как структурный компонент дисфории и имел все присущие ей черты: пароксизмальность, непродолжительность, выраженность проявлений, склонность к аутоагрессивному поведению, сочетание со страхом и гневливостью. Поэтому в терапию мы включали стабилизаторы настроения из групп антиконвульсантов, нейролептики с преимущественным седативным эффектом.

При злоупотреблении алкоголем депрессии развивались постепенно и имели субсиндромальный уровень, когда их нельзя отнести к какому – либо из выделяемых подвидов. При прогрессировании основного заболевания они как бы включались в структуру личности больного с сохранением полиморфизма, изменчивости и преобладанием тревожного компонента, со временем трансформируясь в дисфорические. В лечебный комплекс наиболее целесообразно назначение транквилизаторов с преимущественным анксиолитическим действием и вегетотропных препаратов.

Таким образом, уточнение клинических особенностей депрессий способствуют их раннему выявлению, а различная лечебная тактика – предотвращению рецидивов.

Т. В. Синицька

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСУ СТУДЕНТІВ ВУЗІВ М. КИЄВА

Український НДІ соціальної, судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Сьогодні проблема аддикції є чи не найзаплутанішою і складною серед тих, що стоять перед людством. Серед контингентів, в яких феномен залежності є доволі розповсюдженим, є студентська молодь. Науковий інтерес до її проблем обумовлений тим, що студентство представляє особливу групу, яка розглядається як інтелектуальний ресурс суспільства, його кадровий потенціал; в певному сенсі – це наступники та представники національної культури. У період вступу до ВУЗів молоді люди в основному вже досягають фізичної зрілості, у той час як їх соціальний, психічний і моральний розвиток знаходиться в стадії інтенсивного становлення, і саме ці фактори є підґрунтям для формування аддикцій.

Отже, згідно з метою встановлення розповсюдженості та аналізу структури аддиктивної поведінки серед сучасної студентської молоді великого вітчизняного міста, нами було обстежено 116 студентів (55 чоловіків і 61 жінка), які навчалися в Національному технічному університеті України «Київський політехнічний інститут» та в Київському національному університеті технологій та дизайну.

В якості потенційних цілей дослідження були обрані актуальні в сучасному студентському середовищі пристрасті та залежності, для дослідження яких використовувався метод комплексної оцінки аддиктивного статусу індивіда і популяції за допомогою системи audit-подібних тестів. Використовувалися audit-подібні тести для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю, тютюну та психостимуляторів (хімічні аддикції).

Аналізуючи структуру аддиктивного статусу студентів стосовно хімічних об'єктів «вживання», ми отримали такі результати. На першому місці по кількості осіб, які мали досвід «вживання» досліджуваних нами об'єктів були ті студенти, що вживали алкоголь, а саме 70 (60,34%) осіб, з яких 40 (87,28%) чоловіків, та 30 (49,19%) жінок. Друге місце займали досліджувані, що мали досвід вживання тютюну, цей факт зазначено інтерпретуючи результати 55 (47,41%) студентів, серед яких було 37 (89,09%) осіб чоловічої статі, та 18 (29,51%) – жіночої відповідно. Що стосується психостимуляторів, то їх вживали тільки 2 (1,72%) студенти з опитаних, це були чоловіки (3,64% від загального числа осіб чоловічої статі, які приймали участь в дослідженні).

Також нами була досліджена частота досвіду «вживання» обраних нами хімічних об'єктів без ознак залежності (питома вага в обстеженій популяції респондентів, які набрали від 1 до 19 балів у відповідних AUDIT-подібних тестах) і, відповідно, частота «вживання» з ознаками залежності (питома вага в обстеженої популяції респондентів, які набрали 20 і більше балів у відповідних AUDIT-подібних тестах).

У обстежених високі показники частоти досвіду «вживання» без ознак залежності розподілились між досліджуваними об'єктами «вживання» наступним чином: алкоголь, який вживали без ознак залежності 67 (57,76%) осіб, з яких 38 (69,09%) чоловічої статі та 29 (47,55%) жіночої відповідно; тютюн вживали 45 (38,79%) студентів, серед яких було 28 (50,91%) чоловіків та 17 (27,87%) жінок; на останньому місці – психостимулятори, які

вживали 2 (1,72%) студенти чоловічої статі (1,72% від кількості чоловіків, що взяли участь у дослідженні).

Результати дослідження досвіду «вживання» запропонованих нами об'єктів з ознаками залежності у опитаних студентів наступні. Найбільша кількість обстежених, що отримали 20 і більше балів у відповідному AUDIT-подібному тесті, зловживали тютюном. Відповідну кількість балів отримали 10 (8,62%) студентів, серед яких 9 (16,36%) осіб чоловічої статі, та 1 (1,64%) жіночої відповідно. На другому місці по кількості осіб з досвідом «вживання» з ознаками залежності опинилися студенти, які зловживали алкоголем: 3 (2,59%) студентів, з яких було 2 (3,64%) чоловіка та 1 (1,64%) жінка.

Таким чином, проблема психопрофілактики та психокорекції аддиктивної поведінки у студентської молоді є досить актуальною та потребує раціональних та дієвих заходів для її вирішення.

А. М. Скрипніков, Л. В. Животовська, Л. А. Боднар
ЕФЕКТИВНІСТЬ ГЕШТАЛЬТ-ПІДХОДУ ПРИ ТЕРАПІЇ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ В ОСІБ,
ЯКІ БАЖАЮТЬ ЗМІНИТИ ФОРМУ НОСА З ЕСТЕТИЧНОЮ МЕТОЮ
 ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Дефекти та деформації носа є найпоширенішими серед косметичних патологій обличчя. Наявність косметичної вади нерідко виключає людину з нормального трудового змагання, відбивається на працездатності, зменшує можливість заробітку, погіршує загальний психічний та життєвий тонус та спонукає звертатися до пластичних хірургів. Однак після проведеного оперативного втручання хворі часто залишаються незадоволеними результатом, вимагають чергових оперативних втручань, можуть «переключатися» на удавані дефекти інших частин тіла, що потребує проведення психотерапевтичних та реабілітаційних заходів.

Мета роботи – розробити систему психотерапевтичної корекції психічних порушень в осіб які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики, та оцінити її ефективність.

Психотерапія проводилася 99 пацієнтам, які склали дві групи: I – 69 осіб з дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилялись від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи; II – 30 осіб, в яких дефекту носа не було, однак вони наполягали на ринопластиці. Ефективність психотерапевтичного лікування оцінювали на синдромальному рівні та за динамікою показників шкал тривожності Ч. Д. Спілбергера-Ханіна і депресії Гамільтона (HDRS).

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності й етапності. Включала індивідуальні і групові заняття в рамках гештальт-підходу. Заняття проводилися по 60 хвилин: 2 групових та 1 індивідуальне на тиждень, близько 3-х місяців.

У результаті проведеної психотерапевтичної в обстежених обох груп регресували невротичні розлади, достовірно знизилася прояви ситуаційної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78%) I та у 3 (10,00%) осіб II групи). Достовірно знизився і середній показник: у I групі з $40,78 \pm 0,83$ до $30,05 \pm 1,03$, $p < 0,05$, у II – з $37,96 \pm 1,26$ до $32,13 \pm 1,23$ ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності зменшилися в обстежених обох груп (з $38,36 \pm 0,91$ до $33,69 \pm 0,54$, $p < 0,05$ у I групі та з $46,23 \pm 1,07$ до $43,36 \pm 1,03$ у II групі). Однак після проведеного лікування у 10 (33,33%) пацієнтів II групи ще зберігався високий рівень особистісної тривожності, тоді як в усіх обстежених I групи він знизився до помірного ($n = 49$, 71,01%) або низького ($n = 20$; 28,99%).

Вираженість депресивної симптоматики також значно зменшилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половини обстежених ($n = 35$; 50,72%) I групи переважно помірного рівня ($n = 20$, 28,98%), то після його закінчення – у 25 (36,23%) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n = 18$, 26,08%). Відповідно, й середній бальний показник також знизився з $9,75 \pm 0,61$ до $6,55 \pm 0,72$, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, зростає – з 8 (26,67%) до 10 (33,33%). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні ($12,26 \pm 1,25$ проти $16,06 \pm 1,4$; $p < 0,05$). Крім того, 14 (20,29%) осіб I та 24 (80,00%) II групи відмовилися від ринопластики.

Таким чином, в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики та

мали психічні порушення, система психотерапевтичної корекції, розроблена на принципах комплексності та

етапності із застосуванням гештальт-підходу, довела високу ефективність.

М. І. Сокур, О. М. Царенко
ВПЛИВ НОВОВВЕДЕНЬ РЕФОРМУВАННЯ МЕДИЧНОЇ ГАЛУЗІ НА СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ КЛІМАТ МЕДИЧНИХ КОЛЕКТИВІВ

Вінницька обласна психіатрична лікарня №2, м. Вінниця

У зв'язку з реорганізацією медичної допомоги на первинному і вторинному рівні, виникає питання сприйняття цього процесу медичними працівниками і підтримки терапевтичного середовища.

Ставлення співробітників до нововведення залежить від характеристики, сумісності з досвідом і навичками працівників.

Перешкоди на шляху нововведень іноді впливають не із самого заходу, а виникають проти способів впровадження, тому важливу роль відіграє поінформованість як сімейних лікарів, так і інших медичних працівників про мету, методи, вигоду, яку одержить у результаті реорганізації кожний працівник.

Іншим важливим фактором, який допоможе в реалізації реформування або ж може створити додаткові перешкоди, – час.

На наш погляд, в даній ситуації можна виділити два часових інтервали. Перший – від моменту ознайомлення колективу з нововведенням до початку реалізації. Цей період повинен бути досить довгим, щоб працівники змогли внутрішньо сприйняти, відчутти себе пов'язаним з реформуванням галузі і пристосуватися до очікуваного результату.

Другий інтервал – між початком і закінченням нововведення. Він повинен бути достатнім для того, щоб співробітники змогли змінити свою організаційну поведінку й трудову активність відповідно до цілей, обмежень і можливостей, які їм представляє дане реформування.

Особливо важливо після кожного із етапів підводити підсумки шляхом проведення конференцій, дискусій,

нарад з тим, щоб в результаті корисних ефективних організаційних питань, разом з мало діючими неефективними, не викреслити основну мету.

Відомо, що будь-які зміни в роботі колективу викликають стресовий стан у співробітників, в результаті чого може виникнути декілька емоційно-стресових стадій, що чітко різняться: заперечення, гнів, погодження з ситуацією, депресивні або субдепресивні розлади й прийняття позитивного або негативного наслідку реорганізації.

Завданням керівників є враховувати емоційний стан співробітників. Важливу роль мають навчальні семінари – тренінги з формуванням підходів до проблем, які виникають при особистій участі сімейних лікарів та вузьких спеціалістів. Крім того, необхідно приймати до уваги вік фахівця, попередній досвід роботи в медичній галузі, очікувану професійну та фінансову вигоду, тощо.

Як показують спостереження, реакція працівників різноманітна, тому керівники зобов'язані допомагати їм долати певні фази: поки співробітник не досягне кінцевої стадії процесу зміни, не варто вимагати від нього повної реалізації нововведення. Втручання повинне відповідати характеру фази, емоційно переживаної співробітниками. Воно може носити як характер простого роз'яснення з доказовими факторами, так і більш глибокого навчання.

Таким чином, знаючи особливості впровадження нововведень, керівники повинні проводити необхідні зміни при формуванні терапевтичного середовища в колективі, не порушуючи нормального функціонування й зберігаючи соціально-психологічний клімат колективу.

М. А. Соловьева
СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКОВ ПЕНСИОННОГО ФОНДА ПО ДАННЫМ СКРИНИНГОВОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев

В настоящее время остается актуальным вопрос об изучении характера влияния неблагоприятных производственных факторов на состояние психического здоровья работающих, вероятности развития у них расстройств невротического регистра, разработке системы мер по их предупреждению. Одной из категорий населения, находящихся в зоне повышенного риска, являются служащие финансово-кредитных учреждений, в частности, пенсионного фонда. Специфика работы этого

контингента обладает рядом стрессогенных факторов, способных вызвать у них формирование невротических и неврозоподобных нарушений. К ним в первую очередь относятся частые организационные изменения, неравномерность производственной нагрузки, конфликтные ситуации с клиентами, штрафные санкции в случае совершения ошибки и др.

Клинико-эпидемиологический анализ состояния психического здоровья данной категории служащих

был проведен на базе Управления пенсионного фонда Украины в Ленинском районе г. Донецка. Исследование проводилось с помощью разработанной нами Унифицированной карты, содержащей идентификационные данные, сведения о семейном положении, образовании, виде и особенностях трудовой деятельности, а также психологический раздел, включающий методику определения личностной акцентуации характера (опросник Шмишека), экспресс-диагностику невроза (опросник Хека-Хесса), тревожности (методика Ч.Д. Спилберга-Ю.Л.Ханина), депрессии (опросник Зунга), клиничко-патопсихологический раздел, определяющий наличие, частоту и интенсивность проявления невротических симптомов.

Всего обследовано 29 женщин. Более половины из них находились в возрастной категории 40–59 лет ($n=21$; 72,4%).

Все служащие имели высшее образование, занимали должность «главный специалист». У 21 из них стаж работы был свыше 21 года (72,4%).

В браке состояло 9 женщин – 31,0%. Удельный вес разведенных женщин составил 34,9% (10 человек), состоящих в гражданском браке 10,3% (3 человека).

Согласно опроснику Хека-Хесса уровень невротизации превысил границы нормы у 11 сотрудников (37,9%), его средний показатель в этой группе составил 25,8 баллов. Уровень депрессии по опроснику Зунга превысил 50 баллов у 18 опрошенных (62%) и в среднем составил 55 баллов.

Исследование реактивной (РТ) и личностной тревожности (ЛТ) проводилось с помощью шкалы самооценки

Ч. Д. Спилберга, Ю. Л. Ханина. Средний балл реактивной тревожности в обследованной группе составил 44 балла, что соответствует уровню умеренной тревожности. Высокие показатели реактивной тревожности (среднее значение 47,5 баллов) отмечались у 7 человек (24,1%). Средний балл личностной тревожности составил 49 баллов. Высокие показатели личностной тревожности (среднее значение 52,6 балла) отмечались у 24 человек (82,7%).

При проведении опроса, а также по данным клиничко-патопсихологического исследования, наиболее часто встречались жалобы на отсутствие утром чувства отдыха (89,6%), потребность перепроверять несколько раз текущую работу (82,7%), чувство внутренней тревоги и напряженности (79,3%), недовольства другими (79,3%), утомления от общения с другими людьми (75,8%), желание отложить принятие решения на потом (75,8%), тревогу при мыслях о работе, страх неудачи, критики (72,4%), общую физическую слабость (75,8%), вегетативные проявления (86,2%), мышечные боли в различных частях тела (75,8%).

Таким образом, уровень высокий тревоги и депрессии по данным скринингового обследования, наличие у большинства сотрудников невротических расстройств свидетельствует о целесообразности разработки и внедрения в практику работы сотрудников пенсионного фонда системы психогигиенических и психопрофилактических мероприятий с учетом их личностных особенностей и специфики трудового процесса.

В. В. Сорока

ИССЛЕДОВАНИЕ СЕМЕЙНЫХ КОНФЛИКТОВ С ПОМОЩЬЮ МЕТОДИКИ «СЕМЕЙНОЙ СОЦИОГРАММЫ»

Областная клиническая психоневрологическая больница-Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Разнообразные конфликтные ситуации являются неизбежным порождением сложного и противоречивого процесса социального и семейного взаимодействия, что ставит как общество в целом, так и каждого конкретного человека перед необходимостью их решения.

Социограмма представляет собой метод составления схемы внутригрупповых взаимоотношений, основанный на предпочтениях членов группы. Различные модификации графических способов представления семейных структур давно и успешно используются в качестве диагностических методов в различных направлениях семейной терапии. Для применения в семейной терапии техника социогаммы была адаптирована Джоном Хайуэллсом (1971), Сальвадором Минухиным (1974), Э. Г. Эйдемиллером (1987).

Методика «Семейная социограмма» используется для экстернализации неосознаваемых аспектов взаимоотношений между членами семьи, конкретизации особенностей психологических коммуникаций в семье и поощряет процесс индивидуации и дифференциации в семейной системе.

Испытуемым предъявляется бланк с нарисованным кругом диаметром 110 мм. Затем дается инструкция: «На листе изображен круг. Нарисуйте в нем самого себя и членов вашей семьи в форме кружков и обозначьте кружки именами».

С помощью данной методики нами были исследованы 30 семей с конфликтным взаимодействием в диаде «муж–жена», приведшего к невротическому расстройству одного из супругов.

В результате исследования было выявлено, что для жертвы семейного конфликта характерны: снижение самооценки, переживание эмоциональной отверженности, изменение дистанции с другими членами семьи.

При графическом исполнении данной методики в 45% случаев доминирующий член семьи располагался вверху пространства круга, а жертва конфликта в нижней половине, со значительным уменьшением кружка по сравнению с агрессором.

Член семьи, с которым испытуемый находился в конфликтных отношениях, не попадал в тестовое, оказывался «забыт» в 55% случаев.

Расположение испытуемым своего кружка внизу тестового поля, в стороне от кружков, символизирующих других членов семьи, может указывать на переживание эмоциональной отверженности.

В ряде случаев были выявлены недостаточно дифференцированные отношения испытуемых к агрессорам (графически представлялось в виде слипшихся, переплетенных кругов в тестовом поле).

Таким образом, метод «Семейных социограмм» позволяет рассматривать следующие параметры семейной структуры: 1) объективно существующие модели; 2) их субъективную интерпретацию; 3) степень функциональности взаимосвязей структуры и ее отдельных фрагментов.

Правильная диагностика внутрисемейных отношений позволяет выявить наиболее «болезненные» точки семейного функционирования, выделить мишени предполагаемого психотерапевтического воздействия.

Е. Г. Сорока

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ШАХТЕРОВ С ОРГАНИЧЕСКИМИ НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ, ВСЛЕДСТВИЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО НЕСЧАСТНОГО СЛУЧАЯ НА ПРОИЗВОДСТВЕ

Областная клиническая психоневрологическая больница –
Медико-Психологический Центр, г. Донецк

Одной из важнейших проблем современной психиатрии является изучение психического здоровья работников крупных промышленных предприятий. Это обусловлено как медицинскими, так и социально-экономическими факторами. Особое значение при изучении вопросов социально-психологической адаптации имеет исследование личностной регуляции пациентов.

Нами было обследовано 150 шахтеров с органическими непсихотическими психическими расстройствами, перенесших несчастный случай на производстве.

Изучение индивидуально-личностных свойств нами проводилось с помощью методики СМЛЛ (в модификации Собчик Л. Н.).

Все обследованные пациенты имели органическое поражение головного мозга различной этиологии (черепно-мозговая травма, отравление угарным и/или рудничным газом), развившееся в результате несчастного случая на производстве.

Профиль обследованных группы «ЧМТ» отличался умеренным подъемами по шкалам «Ра» и «Sch», «Ма», что указывает на межличностную сензитивность и враждебность данных пациентов.

Профиль обследованных группы «Отравление» выявил выраженное невротическое плато с подъемом баллов по шкалам «Нs», «D», «Ну», свидетельствующий о дисгармоничности личности с дезадаптивными паттернами поведения.

Целостный анализ профиля группы «ЧМТ» характеризуются следующими личностными особенностями. Повышенные величины профиля и его «плавающий»

тип, свидетельствуют о выраженных патологических изменениях и состоянии дезадаптации обследуемых.

Повышенная 8-я шкала также выявляет иррациональный тип реакции с уходом в ирреальный мир фантазий и мечты. При этом показатели 8-й шкалы, расположенные выше 80 баллов, выявляют психопатические варианты шизоидного типа реагирования.

Для обследуемых группы «Отравление» оказался характерным профиль с негативным наклоном (подъем на 1-й, 2-й и 3-й шкалах, с сопутствующим вторым пиком на 8-й шкале) свидетельствует о трудностях адаптации, проявляющейся как нарушением межличностного взаимодействия, так и соматическими переживаниями. Повышение профиля по шкале эмоциональной лабильности выявляет неустойчивость эмоций и конфликтное сочетание разнонаправленных тенденций – агрессивности со стремлением нравиться окружающим. Это может объяснять и повышение баллов по так называемой «шкале лжи (L)», что говорит о стремлении давать социально желательные ответы.

Преобладание первой шкалы над третьей красноречиво свидетельствует о тенденции к соматизации переживаний и замыкании их на себе. 1-я шкала в структуре невротической триады 1, 2, 3 выявляет механизм защиты по типу «бегства в болезнь».

Таким образом, изучение индивидуально-личностных свойств шахтеров с органическими психическими нарушениями, вследствие несчастного случая на производстве необходимо проводить для формирования психотерапевтических мишеней и реабилитационных мероприятий.

І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, С. В. Рокутов, Т. Й. Шустерман, Є. С. Фєденко
МЕТОД МОДЕЛЮВАННЯ ІНДИВІДУАЛЬНИХ ПРОГРАМ ЛІКУВАННЯ І РЕАБІЛІТАЦІЇ
ХВОРИХ ТА ІНВАЛІДІВ З УРАХУВАННЯМ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКІВ ТА
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ КРИТЕРІЇВ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Сучасні наукові дослідження виявляють вагомий вплив порушень психосоматичних та соматопсихічних взаємозв'язків у патогенезі багатьох соматичних захворювань. Значна кількість таких захворювань має хронічний характер, погіршує якість життя хворого, в тяжких випадках приводить до інвалідності. Лікування та реабілітація вимагають значних матеріальних витрат.

Пропонується метод моделювання індивідуальної лікувально-реабілітаційної програми, що виконується за допомогою комп'ютерних технологій та складається з таких етапів. На першому етапі здійснюється діагностична оцінка соматичного та психологічного стану хворого, визначення реабілітаційного потенціалу, розроблюються моделі впливу лікування на стан хворого з урахуванням психосоматичних взаємовідносин і потрібного терміну для реабілітації. На другому етапі визначають критерій ефективності проведення

медичних заходів, після чого з використанням моделей впливу оптимізують за цим критерієм, в рамках фінансових коштів та потрібного терміну реабілітації, план лікувальних та реабілітаційних заходів. На третьому етапі, відповідно до захворювання, визначають перелік професій, доступних хворим. При необхідності змінюють професійну орієнтацію хворого відповідно до діяльності, за якою прогнозується максимальний прибуток у діапазоні доступних професій.

Метод, що пропонується, дозволяє автоматизовано, швидко і об'єктивно, з урахуванням психосоматичних взаємозв'язків та соціально-економічних показників, створювати програми лікування та реабілітації хворих, оптимізувати їх у відповідності до психологічних особливостей пацієнтів та фінансових можливостей держави.

Н. М. Степанова

АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ЯК ФАКТОР РОЗВИТКУ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ
РОЗЛАДІВ У ПІДЛІТКІВ

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

У сучасній Україні за останнє десятиріччя склалась стійка тенденція інтенсивного зростання кількості підлітків з аддиктивною поведінкою (АП), яка пов'язана зі зловживанням різних психоактивних речовин (ПАР). Масштаби й темпи поширення цієї форми девіантної поведінки настільки великі, що ставлять під загрозу фізичне, психічне й моральне здоров'я підростаючого покоління. Таким чином, рівень вживання ПАР підлітками в значній мірі є своєрідним індикатором психічного здоров'я нації.

Вперше даний термін «аддиктивна поведінка» (від англійської addiction – «хибна звичка, пристрасть до чого-небудь, порочна схильність») був уведений В. Міллером у 1984 році для позначення зловживання різними речовинами, які змінюють психічний стан людини, включаючи алкоголь, наркотики і тютюн, до того, як від них сформується фізична залежність. На сьогодні коло об'єктів аддикції істотно розширилося і містить не тільки нікотин, алкоголь, наркотичні та токсикологічні речовини, а також азартні, комп'ютерні ігри, Інтернет, їжу, спорт, владу, роботу, сексуальну поведінку, сім'ю, релігійне вірування тощо.

Актуальність даного дослідження полягає у високій розповсюженості АП серед підростаючого покоління та її значній ролі у розвитку психічних і поведінкових у них розладів, внаслідок чого зловживання підлітками ПАР являє собою гостру медико-психологічну та соціальну проблему, що не одержала до сьогоднішнього часу належного вирішення.

Виходячи із вищенаведеного, метою дослідження є на основі аналізу теоретичних джерел дослідити взаємозв'язок АП та психічних і поведінкових розладів у підлітків, які вживають ПАР.

Результати та висновки дослідження. При аналізі вивчення літературних джерел, нами встановлено, що АП це такий вид порушення адаптації, для якого притаманна постійна фіксація уваги на певних видах діяльності з метою розвитку та підтримання інтенсивних емоцій. Серед причин підліткової АП частіше зустрічаються ті, які пов'язані із психічними та поведінковими розладами, віковими кризами та причини соціально-психологічного характеру.

Велика кількість досліджень свідчить про тенденцію зростання девіантних поведінкових реакцій (погіршення психічної та соціальної адаптації підлітка, схильність до нездорового способу життя, суїцидальності, зростання «груп поведінкового ризику»). Проаналізувавши сучасні положення у сфері вивчення поведінкових розладів можна зробити висновок про те, що поведінкові розлади і АП, відрізняються етіопатогенетично і мають подібність та ідентичність.

Таким чином, у межах АП можуть поєднуватись психологічні та психопатологічні механізми, які слід враховувати при організації різних форм надання медико-соціальної допомоги підліткам з АП, що вживають ПАР.

І. С. Риткіс, О. В. Гуркова

ДО ПИТАННЯ ПРО КОПІНГ-СТРАТЕГІЇ У СТУДЕНТІВ ЗІ ЗВИЧКОЮ ДО ПАЛІННЯ ТА ІНІЦІАЛЬНИМ ЕТАПОМ ФОРМУВАННЯ НІКОТИНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

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

Напружений темп життя та навчання студентів в умовах сучасних інноваційних систем, які обумовлені реформуванням вищої школи України, ставить завищені вимоги до компенсаторних механізмів психіки молоді, зрив яких призводить до виникнення стресу і, що сьогодні особливо актуально, вживання психоактивних речовин, а саме тютюну. Ситуація із вживанням сигарет серед студентської молоді українських вищих навчальних закладів є катастрофічною – курять більшість молодих людей до 25 років, і ця цифра з кожним роком тільки зростає, що, в свою чергу, дає підставу припустити наявність взаємозв'язку між невмінням особистості упоратися зі стресом і розвитком дезадаптивної копінг-поведінки, одним з варіантів якої є адиктивна поведінка, в т. ч. тютюнопаління.

Генеральну сукупність склали студенти 1–5(6) курсів Донецького національного медичного університету ім. М. Горького і Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова, які позитивно відповіли на питання про тютюнопаління, при цьому у 51,4 ± 1,3% з них виявлено звичку до куріння, а у 48,6 ± 1,3% – ініціальний етап формування тютюнової залежності, причому у більшості з них діагностувався змішаний тип курильної поведінки (72,1 ± 1,5%): у 50,5 ± 1,7% молодих людей домінував тип «розслаблення»; у 49,5 ± 1,7% осіб – «підтримка», у 28,8 ± 1,5% студентів – «стимуляція» і у 27,1 ± 1,5% осіб – «ритуальні дії або гра з сигаретою».

Серед основних стресогенних факторів студенти відзначили значні академічні вимоги, пов'язані з переходом на нову кредитно-модульну систему викладання у ВНЗ (82,8 ± 0,9%) – пристосування до нових форм викладання, контролю і засвоєння знань, складності при роботі з великим об'ємом інформації для самостійного вивчення, брак часу і сну; самостійне життя в новій обстановці

(66,7 ± 1,2%) та пов'язані з нею фінансові обмеження та/або проблеми (58,9 ± 1,3%); для старшокурсників (27,8 ± 1,2%) особливо актуальною виявилася підготовка до життя після закінчення навчання та адаптація до майбутньої професії (засвоєння професійних знань, умінь і навичок, якостей).

Аналізуючи результати, отримані за допомогою «Опитувальника про способи копіngu». Так, серед домінуючих стратегій подолання стресу у студентів зі звичним курінням виявилися конструктивні копінг-стратегії: «Прийняття відповідальності» (78,5 ± 1,3%), що відображає певний ступінь зрілості і самостійності особистості; «Позитивна переоцінка» (73,2 ± 1,7%), яка відбиває здатність особистості шляхом когнітивної переробки актуальної стресової (негативної) ситуації побачити в ній позитивні сторони, знайти прийнятні способи існування в неприємних життєвих обставинах та «Планування рішення проблеми» (63,8 ± 1,1%).

У групі студентів з ініціальним етапом формування нікотинової залежності серед домінуючих виявилися дезадаптивні копінг-стратегії, а саме «Дистанціювання» (83,4 ± 1,3% студентів), «Конфронтативний копінг» (62,5 ± 1,7%), а також «Втеча» (57,6 ± 1,9%), що відображає схильність до уявним прагненням і поведінковим зусиллям, спрямованим на уникнення чи втеча від вирішення проблем, а також показує прагнення до когнітивних зусиллям по відділенню від ситуації і зменшення її значущості.

Таким чином, для більшості студентів вживання тютюну є одним із засобів саморегуляції, який допомагає впоратися зі стресом, а сам процес куріння перетворюється на форму захисту від особистих неприємностей і хвилювань, з одного боку, і засобом підтримки тону і працездатності, з іншого.

К. І. Тарновецька, О. О. Хаустова

АКТУАЛЬНІСТЬ КОРЕКЦІЙ ПСИХОПАТОЛОГІЧНИХ ПОРУШЕНЬ У ПАЦІЄНТІВ З ХРОНІЧНИМИ НЕІНФЕКЦІЙНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

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

Помічено, що не існує жодної хвороби, яка більшою чи меншою мірою не впливала б на стан психоемоційної сфери пацієнтів, особливо з хронічними неінфекційними захворюваннями. Психоемоційні розлади обтяжують перебіг хвороби, спричиняючи її загострення, погіршують адаптаційні можливості та соціальне функціонування пацієнтів, негативно впливають на якість життя: вимушена відмова/зміна професійної діяльності, інвалідизація, перетворення особи в об'єкт сімейної опіки та/або ізоляція, знижуючи прихильність до лікування

та проведення корекційних програм. Встановлено, що частка осіб із депресіями особливо висока серед людей із соматичними захворюваннями і коливається в межах 20–30% (Wittchen H.U., 2005, Ohayon M. M., 2007; Марута Н. О., 2008; Чабан О. С., 2012). Поряд із депресіями у таких пацієнтів часто спостерігаються тривожні розлади: до 70% всіх клінічних випадків характеризуються тривожною симптоматикою (Приходько В. Ю., 2008). Перш за все, ми спостерігаємо комбінацію симптомів занепокоєння, страху, м'язового напруження, тремтіння,

непосидючості, неможливості сконцентрувати увагу, підозрливості, дратівливості; порушення сну, процесів пізнання та зберігання інформації, поступово приєднуються і інші зміни інтелектуальної сфери: зниження рівня аналітико-синтетичної діяльності мислення з переважанням наглядно-образного мислення над абстрактно-логічним (Дзюба О. М. і співавт., 2012). Як наслідок, формування інтелектуальної недостатності, зниження продуктивності мислення, змін в емоційному стані у вигляді зниження контролю емоцій.

Тому, необхідно не тільки визначати особливості порушень психоемоційної сфери хворих з хронічними неінфекційними захворюваннями, а й оптимізувати процес діагностики цих змін з подальшим призначенням як адекватного медикаментозного лікування, так і медико-психологічної допомоги пацієнтам, яке буде ґрунтуватись на ефективному міждисциплінарному співробітництві лікарів загально соматичного профілю, психіатрів, психологів, та психотерапевтів.

І. В. Тодорів, М. І. Винник, М. І. Мулик, Н. М. Галига
ПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ЖІНОК З ПОСТАБОРТНИМ СИНДРОМОМ
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ
Івано-Франківська обласна психоневрологічна лікарня №3, м. Івано-Франківськ

Постабортний синдром (ПАС) – це сукупність фізичних та психічних розладів, які виникають у жінок після абортів. Переважна більшість таких жінок переносять психологічну травму як реактивний психологічний досвід (реакція на значущі для даної людини події), що викликає тривалі емоційні переживання та тривалу психологічну дію. Вони включають відчуття безпорадності, безнадійності, печалі, горя, зниженого почуття власної гідності, недовір'я, жалю, руйнування взаємовідносин, погіршення комунікації і обмеження однорідних переконань (Repentance, 1995: 20).

Психічні наслідки абортів значно важчі, ніж фізичні, і вони майже не піддаються лікуванню. Багато із цих симптомів жінка ніяк не пов'язує з минулим абортів. Вони мають тенденцію згодом наростати, що може призводити до соціальної дезадаптації, нездорової ситуації в сім'ї й розлученню. Постабортний синдром рідко розвивається у духовно інфантильних (незрілих) жінок, які часто бувають малочутливі, не несуть відповідальності за свої слова і вчинки (В. Пулгавская, 2002).

Деякі науковці за результатами досліджень зовсім не визнають наявності постабортного синдрому в контексті психологічних проблем або психічних розладів (Stotland, 1992). Вони не погоджуються, що аборт призводить до значної психологічної дезадаптації і що немає ніякого свідчення для визнання існування постабортного синдрому.

Ми вирішили з'ясувати психологічні особливості жінок, які перенесли постабортний синдром.

Методом випадкового відбору нами було виділено 45 жінок віком від 20 до 52 років, які перебували на стаціонарному лікуванні в обласній психіатричній лікарні з приводу невротичних, особистісних або пов'язаних із стресом розладів. Ці жінки відповіли на анкету «Чи страждаєте Ви на постабортний синдром?» Із них у 36 (80%) був діагностований постабортний синдром, а у 9 (20%) його не виявили.

Постабортний синдром проявлявся з ознаками посттравматичного стресового розладу, obsesій і депресії.

Із обстежених 40 жінок лише половина вийшли заміж «через кохання».

При психологічному обстеженні жінок, які демонструють постабортний синдром, виявляється установка на гіпернормальні відповіді при вираженій тенденції до невідвертості і бажання наблизити відповіді до «норми». В групі обстежених переважають особи з небагатою фантазією, шаблонно, тверезо і практично мислячі. Серед них більше особистостей з емотивним, циклотимним і збудливим типами акцентуацій, для яких вплив несприятливих факторів (наприклад, абортів) сприяє деформації особистості, внаслідок чого акцентуації приймають патологічний характер і сприяють розвитку комплексу психологічних проблем і психічних розладів, які відомі як «постабортний синдром».

Жінки з постабортним синдромом виявляють нейтральне ставлення до сім'ї і негативне до себе й батька, що формує «конфліктну зону» й може слугувати мішенню для психологічної корекції.

В. В. Тофан
СУБ'ЄКТИВНЕ ЗАБАРВЛЕННЯ СВОГО СТАНУ У ЖІНОК ЗІ ЗМІШАНИМ ТРИВОЖНИМ
ТА ДЕПРЕСИВНИМ РОЗЛАДОМ ТА ПСИХОТЕРАПІЯ
Одеський національний медичний університет, Одеса

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), більше ніж у 110 млн. людей у світі (3–6%) виявлені ті чи інші клінічно значимі прояви депресивних розладів. Аналогічна тенденція відзначається й в

Україні, де за останні десятиріччя кількість таких випадків збільшилася з 2,27 до 3,8%.

Метою нашого дослідження було виявити суб'єктивне оцінювання жінок зі змішаним тривожним та

депресивним розладом свого стану для розуміння того, на що саме потрібно звертати увагу при проведенні психотерапії. Для цього ми проводили тестування за методиками Сакса–Леві (незакінчених речень), піктограми, ціннісних орієнтацій Рокіча, Спілберга у 24 жінок з вищезазначеним станом у постменопаузальному періоді, середній вік яких склав 58 років.

Виявилися наступні закономірності: на перших місцях у системі їх життєвих цінностей переважало поняття «здоров'я» та «матеріально забезпечене життя» (тест Рокіча). За методикою незакінчених речень було часто виявлено, що такі жінки вважають однією з нереалізованих можливостей своє здоров'я, а також відчують провину за «свою хворобу», яку, як було часто виявлено, вони бояться, а також «бояться свого страху за своє здоров'я». Також звертає на себе увагу група речень, які характеризують ставлення до майбутнього: вони його «не бачать», або вважають «страшним та неясним», але сподіваються «на виздоровлення або хоча би покращення свого здоров'я». За даними піктограми мислення таких жінок можна характеризувати як

схильне до застрягання на одних і тих самих уявленнях (персеверативний феномен єдиної системи – 10,12%), а також не завжди здатне до абстрактного бачення себе та оточуючого та опис цього бачення (особливий феномен фрагментизації – 26,2%, рівень метафоричних образів – 0,6%). Такий акцент уваги на своєму стані, а також патогенний стресовий чинник (за даними анамнезу) визвали високий рівень реактивної тривожності (56,8 балів) у тесті Спілберга.

Таким чином, поряд та після відповідного медикаментозного лікування, на наш погляд, повинна проводитися наступна психотерапевтична корекція: допомогти жінкам розширити свій обсяг уваги та поліпшити її переключаемість за рахунок адекватного знецінення переживань за своє здоров'я. А також навчити таких пацієнтів абстрагуватися від різних життєвих ситуацій, та загалом поступово розвивати в них здатність до абстрактного світосприйняття, що допоможе їхній сфері мислення протікати на достатньому рівні, значно покращить когнітивні функції, а отже, посприє швидшому одужанню та довшим ремісіям.

Е. Н. Харченко¹, О. В. Чернышев²

ЭТИОЛОГИЧЕСКОЕ РАЗНООБРАЗИЕ СИНДРОМА ВЕГЕТО-СОСУДИСТОЙ ДИСТОНИИ У ПОДРОСТКОВ

¹Украинский НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

²Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

Синдром вегето-сосудистой дистонии (ВСД) – часто встречаемый диагноз у подростков, маскирующий психическую патологию. Это полиэтиологическая патология, в генезе которого могут участвовать различные психические нарушения, прежде всего, соматоформные расстройства (F45.30). Они быстро хронифицируются, плохо поддаются лечению и трансформируются в различные психосоматические расстройства.

Цель исследования. Провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде синдрома ВСД в подростковом возрасте.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 44 подростка: 26 девушек (59,1 %) и 18 юношей (40,9 %) в возрасте 16 – 17 лет. Все дети впервые обследованы психиатром после длительного неэффективного лечения по поводу синдрома ВСД. Дифференциально-диагностическое исследование пациентов проводилось согласно диагностическим критериям психических и поведенческих расстройств МКБ-10 и с применением диагностической карты обследования ребенка с соматоформными расстройствами.

Результаты исследования. Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – в 14 случаях (31,8%), из них 9 (34,6%) у девушек и в 5 (27,8%) – у юношей. Ипохондрическое расстройство (F45.2) было зафиксировано у 6 подростков (13,6%), вдвое чаще у

девушек, чем у юношей: соответственно 4 (15,4%) и 2 случая (11,1%). Также по 6 случаев (13,6%) наблюдались легкие депрессивные эпизоды с соматическими симптомами (F32.01) и астеническое органическое расстройство ЦНС с цефалгическим синдромом (F06.6), но в обратной пропорции: по 2 случая у девушек (7,7%) и по у 4 юношей (22,2%). У 5 подростков (11,4) было диагностировано паническое расстройство (F41): у 4 девушек (15,4%) и у 1 юноши (5,5%). Хроническое болевое расстройство (F45.4) было диагностировано только у 4 подростков (9,1%) – по два случая у девушек и юношей (11,1 и 7,7 % соответственно). В 3 случаях (6,8) среди обследованных подростков и только у девушек (11,5%) наблюдалась депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации с выраженным цефалгическим синдромом (F43.21). В целом среди обследованных подростков более чем в половине случаев синдром ВСД был ведущим соматизированным проявлением при соматоформных расстройствах. Данное расстройство было выявлено в 54,5% случаев (у 24 подростков): у 15 девушек (57,7%) и у 9 юношей (50,0%). Депрессивная симптоматика в рамках различных расстройств зафиксирована в целом в 20,5% случаев (у 9 подростков): у 5 девушек (19,2%) и у 4 юношей (22,2%). Реже всего причиной выявления синдрома ВСД – астеническая симптоматика в рамках органического расстройства ЦНС и тревожно-фобический синдром как проявление панического расстройства.

Выводы. Проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим

базисом синдрому ВСД були різні психічні розлади, в яких він виступав ведучим соматизованим компонентом. Частіше за все у пацієнтів спостерігалися різні види соматоформних (54,5% випадків), а також депресивні розлади (20,5% випадків). Вони своєчасно не зверталися до психіатра,

так як основною скагою була головна біль, маскуюча психічні порушення. Таким чином, пацієнти потрапляли до психіатра через деякий час після виникнення синдрому ВСД, відповідно, не отримують своєчасної, адекватної і ефективною допомоги.

О. О. Хаустова, О. В. Гришина

ТИПОВІ ПСИХОЛОГІЧНІ ЗАХИСТИ У ПОВІЙ

Український НДІ соціальної і судової психіатрії МЗ України м. Київ

Пояснення детермінантів патернів саморуйнуючої поведінки серед жінок, які займаються проституцією, неможливо без дослідження механізмів психологічного захисту, які підтримують руйнівну поведінку, не повністю зрозуміла.

Саморуйнування у повій проявляється у ризикованій сексуальній поведінці, психосоматичних захворюваннях, інфікуванні ВІЛ, ІПСШ, вживанні алкоголю, наркотиків, суїцидальних спробах.

Метою дослідження було з'ясувати типові психологічні захисти у повій, які у подальшому можуть бути використані, як терапевтичні мішені психокорекційної та цілеспрямованої профілактичної роботи.

Після проведення дослідження жінок, які займаються проституцією, з використанням методики «Індекс життєвого стилю» Плутчика, були отримані результати, на підставі яких можна говорити про те, що проститутки найбільш використовують типові деструктивні форми психологічного захисту, про це свідчать такі результати: дуже високий рівень напруженості ПЗ проєкції і інтелектуалізація мають 100% повій, регресії та реактивного формування 84% повій, заперечення у 72% повій, витиснення у 60% повій, це виражено у несвідомому

«віддаленні» загрози від себе, дозволяє вважати власні неприпустимі чи неприйнятні почуття чужими і не відчувати за них відповідальність. Вони аналізують, розмірковують про засуджувану суспільством проституцію і проблеми, пов'язані з цим заняттям, у спробах знайти втішаючи логічні пояснення, як «Дуже давно професію...», «ця послуга має попит, тому ми цим і займаємося», «це така ж робота, як і інші», при цьому вони ігнорують свої емоції та почуття, мають схильність до оперативного мислення та хронічного витиснення травматичного матеріалу і, як наслідок, специфічні психосоматичні розлади.

Для підтвердження феномену використання повіями типових деструктивних форм психологічного захисту було проведено дослідження з використанням тієї ж методики («Індекс життєвого стилю» Плутчика) серед жінок, які ніколи не надавали сексуальні послуги за винагороду, яке виявило, що найчастіше жінки використовують такі психологічні захисти, як заперечення, зміщення, компенсацію, інтелектуалізацію і у 100% досліджених жінок відсутність наднормованою напруженості психологічних захистів.

О. О. Хаустова, С. Г. Сахно

ВИКОРИСТАННЯ МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'Ю В ПРОЦЕСІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПСИХОСОМАТИЧНИХ ХВОРИХ

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

Мета роботи – впровадження мотиваційне інтерв'ю (МІ) в клінічну практику лікаря-психолога для встановлення ефективного рівня комунікації із пацієнтами, підвищення рівня прихильності до терапії, модифікації способу життя (МСЖ).

Матеріали і методи. Дослідження проводилося на базі ДКЛ №1. При апробації моделі комунікації «мотиваційна бесіда» виявлена позитивна динаміка у підвищенні рівня прихильності до терапії (у середньому 26,6%). Порівнявши рівень комплаєнсу пацієнтів відмічено, що МІ значно впливає на прихильність пацієнтів до терапії і засвоєння конструктивної поведінки для подолання захворювання.

Наступним етапом було застосування МІ в діагностично-лікувальному континуумі. Вироблено базову

модель для підвищення мотивації пацієнта на різних рівнях психологічної готовності до лікування. Використовувалися методи дослідження: 4-пунктова шкала прихильності до лікування (DARN, Motivational interview in healthcare); таблиця нехтувань здоров'ям (Mellor K., and Sigmund, E. «Discounting»); метод мотиваційних сценаріїв (НДІ імені Бехтерева, 2011).

Результати та обговорення. На основі особистого досвіду і результатів роботи із п'ятьма пацієнтами, МІ може однаково успішно використовуватися у системі охорони здоров'я як самостійний метод, і як підготовка або доповнення до інших методів терапії.

Застосування процедури МІ на початку діагностично-лікувального процесу створює підґрунтя для високого рівня прихильності пацієнта із психосоматичними

захворюваннями (ПСЗ) до терапії. Використовуючи метод МІ лікар інвестує час в контакт із хворим, і сприяє усуненню психологічних факторів, які в майбутньому можуть негативно вплинути на лікування пацієнта.

Висновки. Впровадження МІ на початку діагностично-лікувального континууму з урахуванням

індивідуально-психологічних особливостей пацієнтів сприятиме досягненню оптимальної прихильності до лікування, ефективному контролю захворювання та покращенню прогнозу видужання.

А. В. Чеховская

РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ 3–5 ЛЕТ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса

Ранний детский аутизм встречается в 4 случаях на 10000 населения. У мальчиков это расстройство встречается в 4 раза чаще, чем у девочек.

Постановка диагноза детского аутизма основывается на наличии трех основных качественных нарушений: недостаток взаимной коммуникации, недостаток социального взаимодействия, а также наличие стереотипных форм поведения. Они являются общими чертами индивидуального развития, хотя могут варьироваться по степени выраженности. Независимо от наличия или отсутствия других психических расстройств и заболеваний, которые нередко сопровождают детский аутизм, данное расстройство определяется только по наличию особенностей поведения, не соответствующих умственному развитию.

Обычно эти особенности проявляются уже в первые 12 месяцев жизни ребёнка, а к 36 месяцам становятся очевидными.

Наиболее часто встречающийся диагностический критерий расстройств аутистического спектра – это нарушение развития коммуникации и социальных навыков.

Целью этой работы является выявление влияния психокоррекционной программы на развитие социальных навыков и навыков коммуникации у детей 3–5 лет. Объектом исследования стали 20 детей в возрасте от 3 до 5 лет, с расстройствами аутистического спектра. Первую (основную) группу составили дети, посещавшие занятия, на которых применялись коррекционные программы, с учётом индивидуальных особенностей на протяжении 12 месяцев. Во вторую – вошли дети, не посещавшие занятий. Исследование включало в себя 2 этапа: 1-й этап – констатирующий, на котором мы проводили тестирование уровня развития элементарных

вербальных действий, самостоятельной игры, визуального восприятия, начальных академических навыков и навыков обучения в группе у детей 1-ой и 2-ой группы; 2-ой этап – контрольный – заключался в повторном тестировании и сравнительном анализе результатов в 1-ой группе после применения коррекционной программы, и во 2-ой группе – без использования коррекционной программы. Исследование включало в себя тестирование с использованием методики Анализа вербального поведения VB – MAPP Марка Сандберга, которое позволило определить уровень развития вышеописанных навыков.

Результаты тестирования 1-ой группы детей на констатирующем этапе оказались следующими: у 83% детей выявили низкий уровень приобретения социальных навыков, 17% – средний уровень, 0% – высокий уровень. Во 2-ой группе: 87% – низкий уровень, 13% – средний уровень, 0% – высокий уровень приобретения социальных навыков.

Разделение испытуемых первой группы по результатам контрольного тестирования уровня социальных навыков был следующим: у 8,3% детей выявился низкий уровень приобретения социальных навыков, у 75% детей – высокий уровень приобретения навыков и у 16,6% детей – средний уровень. Во второй группе испытуемых детей: у 75% детей был выявлен низкий уровень приобретения социальных навыков, 25% – средний уровень и у 0% – высокий уровень приобретения социальных навыков.

Анализ результатов показал, что уровень развития социальных навыков и навыков коммуникации выше у детей, с которыми применялась психокоррекционная программа, чем уровень тех же навыков у детей, не использовавших данной программы.

В. В. Шиндер

ПОРУШЕННЯ СОМАТОСТАТЕВОГО РОЗВИТКУ ПОДРУЖНИХ ПАР З ЕПІЛЕПСІЄЮ В ЧОЛОВІКА В ГЕНЕЗІ ЇХ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Епілепсія являється розповсюдженим захворюванням, на неї хворіють 0,8–1,2 % серед населення. Її перебіг, окрім конвульсивних станів, характеризується наявністю різноманітної психопатологічної симптоматики.

Вказані хворобливі прояви негативно відображаються на сексуальній функції пацієнта, що в подальшому провокує розвиток сексуальної дезадаптації з порушенням сімейних відносин у цих хворих. Такі наслідки призводять

до посилення стигматизації хворого, а часто, в сукупності дії цих негативних факторів обтяжують перебіг основної хвороби та нерідко провокують почастішання пароксизмальних станів. Вивчення причин розвитку сексуальної дезадаптації в хворих на епілепсію чоловіків дозволить оптимізувати терапевтичний та реабілітаційний потенціал в них, знизити тяжкість перебігу, рецидиву пароксизмальних симптомів, забезпечити оптимальну взаємодію хворого в соціальному середовищі.

Мета: вивчити соматостатевий розвиток подружніх пар, в яких чоловік хворіє на епілепсію, як провокуючий фактор розвитку сексуальної дезадаптації.

Матеріали та методи: 58 подружніх пар середнього віку в інтеріктальний період перебігу епілепсії в чоловіка проведено всебічне клініко-анамнестичне, психодіагностичне та спеціальне сексологічне обстеження.

Результати та їх обговорення : клінічна картина основного захворювання інтеріктального періоду епілептичної хвороби в чоловіків характеризувалася симптоматикою афективних, когнітивних, особистісних та поведінкових розладів (за МКХ-10 : F 06.33, F07.83 F06.73 відповідно). За результатами системно-структурного аналізу ми виділили 3 групи подружніх пар: I – 34 (58,62 %) пари з сексуальною дезадаптацією внаслідок епілепсії, II – 16 (27,59%) пар з недостатньою обізнаністю одного або обох осіб в подружжі щодо питань

психогієни статевого життя, III – 8 (13,79 %) подружжів, де дезадаптація обумовлювалася низьким рівнем соціально-психологічної адаптації.

Аналіз стану компонентів і складових сексуальної гармонії подружніх пар дозволив встановити, що 32 (55,17%) чоловіка з усіх клінічних груп належали до слабого та ослабленого середнього типів статевої конституції, а їх дружини – 20 (62,50%) до середньої та 12 (20,69%) – до сильної статевої конституції.

Висновки: епілептична хвороба сприяє виникненню сексуальних розладів у чоловіків та провокує розвиток подружньої дезадаптації. Відхилення в соматосексуальному розвитку можуть поглиблювати порушення сексуального здоров'я чоловіка та дружини, а також посилювати інтенсивність сексуальної дисгармонії в таких сімейних парах. Визначення специфічності статевої конституції в чоловіка з епілептичною хворобою та його дружини дає можливість отримати об'єктивні дані про індивідуальні особливості статевої функції в них та охарактеризувати їх сексуальність. Оптимізація сексуальних взаємовідносин чоловіка з епілепсією та його дружини може сприяти покращенню сімейних відносин. Оптимальна адаптація сприятиме зменшенню рецидивів пароксизмальних станів та покращить якість життя хворого.

Dr. Elmar Spancken

DEZENTRALISIERUNG. EIN GRUNDPRINZIP DER PSYCHIATRIEREFORM IN DEUTSCHLAND

Deutschland

Das wesentliche Prinzip der Psychiatriereform in Deutschland seit 1975 war die Dezentralisierung der psychiatrischen Versorgung mit der schrittweisen Auflösung der großen psychiatrischen Anstalten und dem Aufbau einer differenzierten stationär/teilstationär/ambulanten Versorgungsstruktur in der Region.

Der Grundsatz lautete:

Vom Großkrankenhaus zur gemeindenahen Psychiatrie

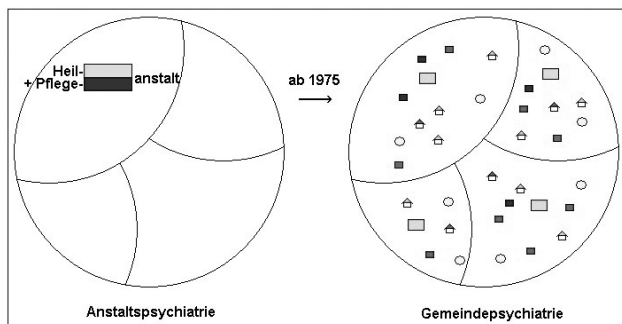


Abb. 1

Niels Pörksen hat die wichtigsten gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, die inhaltlichen und administrativen Merkmale des Reformprozesses aufgezeigt.

Ich will die Folgen dieses Prozesses an einem **konkreten Beispiel** darstellen, das zugleich typisch ist für den Gesamtprozess in Deutschland.

Ich wähle dafür eine Region im Rheinland, nahe der Grenze zu den Niederlanden, und ein Krankenhaus, das bis in die jüngste Zeit zu den größten in Deutschland zählte.

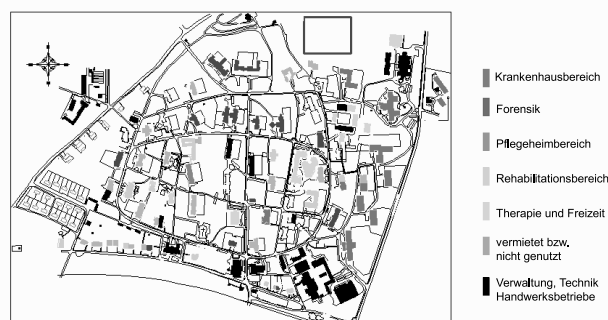


Abb. 2

Bedburg-Hau, 1912 für 2.200 Patienten gegründet, steht für das Prinzip der zentralisierten Psychiatrie, wie es bis in die 1970er-Jahre in Deutschland üblich war:

- Heil- und Pflegeanstalt
- weit entfernt von Wohngebieten
- 1.000 Betten und mehr
- dauerhafter Lebensraum für chronisch Kranke

- soziale Isolierung und Hospitalismus
- keine ambulanten Versorgungsstrukturen im Einzugsbereich

Wenn ich über die Geschichte dieser Klinik spreche, kann ich nicht unerwähnt lassen, dass im Rahmen der Tötungsaktion psychisch Kranker zur Zeit des Nationalsozialismus über 2.000 Patienten der Klinik deportiert und ermordet wurden.

Mitte der 1970er-Jahre erreichte die Belegung mit fast 4.000 Patienten ihren Höhepunkt und führte zu unwürdigen Lebensbedingungen vor allem der chronisch Kranken.

Wir sehen jetzt den schrittweisen Prozess der Dezentralisierung über einen Zeitraum von etwa 30 Jahren.



Abb. 3. (1975)

Wir finden folgende Ausgangssituation:

- Einzugsbereich von 2,2 Mio. Einwohnern
- nur Bedburg-Hau mit fast 4.000 Betten
- nur eine kleine Universitätspsychiatrie in Essen
- praktisch keine ambulanz-rehabilitativen Strukturen
- Entfernung zur Klinik bis 100 km
- viele chronisch Kranke fanden nicht mehr in ihre Heimat zurück.

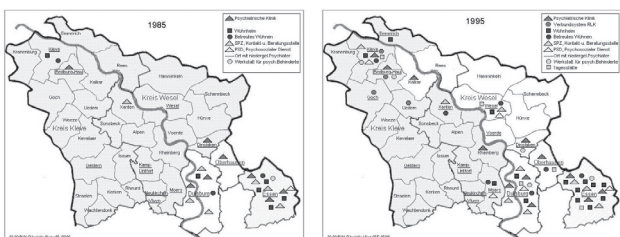


Abb. 4 – 1985

Abb. 5 – 1995

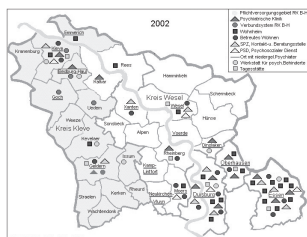


Abb. 6 – 2002

Jetzt sehen wir eine völlig veränderte psychiatrische Versorgungslandschaft. **Was war geschehen?**

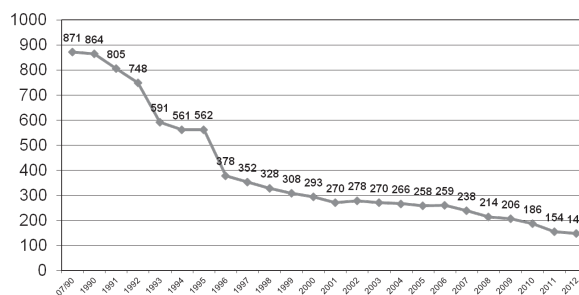
Erste Phase:

- Psychiatrische Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern in mehreren Städten
- allmähliche Verringerung der Aufnahmen in Bedburg-Hau. Aber erst 1995, nach 20 Jahren, keine Aufnahmen mehr aus diesen Städten. Sie haben jetzt ihre eigene tragfähige Versorgungsstruktur.
- Bedburg-Hau war von nun an nur noch zuständig für eine begrenzte Region von 250.000 Einwohnern.
- Aufbau von Tageskliniken, sozialpsychiatrischen Diensten, Wohnheimen, beschützten Arbeitsstätten.

Zweite Phase:

- Sie betrifft die **chronisch Kranken**. 1990, als ich Chefarzt in Bedburg-Hau wurde, lebten noch **ca. 1.000 chronisch Kranke** im Klinikgelände seit 20, 30 oder mehr Jahren unter sehr schlechten räumlichen Bedingungen
- es begann, initiiert und gefördert durch den regionalen Krankenhausträger (Landschaftsverband Rheinland), ein umfassendes **Enthospitalisierungsprogramm**
- es wurden Mittel bereitgestellt zum Aufbau **kleiner Wohnheime** in den Herkunftsstädten der Patienten
- zum Beispiel kehrten 200 chronisch Kranke nach 20 oder 30 Jahren wieder in ihre Heimatstadt Essen zurück
- uns war wichtig, dass der Prozess auf **freiwilliger Basis** erfolgte, denn wer sich nach so langer Zeit in der Anstalt heimisch fühlte, konnte, unter wesentlich verbesserten räumlichen Bedingungen, auch dort bleiben.
- immerhin haben letztlich viele hundert chronisch Kranke den Schritt nach draußen gewagt.

Betriebsbereich Soziale Rehabilitation
Belegungsentwicklung 01.07.1990 – 31.12.2012



1995 wurden 2 Langzeitstationen der Abteilung Gerontopsychiatrie mit 40 Patienten nachträglich dem Reha-Bereich zugeordnet. Demnach wurden 1990 insgesamt wurden 911 Langzeitpatienten betreut (871+40).

Abb. 7 - Belegungsentwicklung 1990-2012

Das alles war ein **komplizierter und konflikträchtiger Prozess** über viele Jahre.

Unter was für **Voraussetzungen** kann so ein Konzept gelingen?

- Eine übergreifende gesundheitspolitische Beschlussfassung auf nationaler Ebene. In Deutschland war es die vom Parlament beschlossene Enquete zur Lage der Psychiatrie
- ein Prozess der fachlichen Konsensbildung der professionellen Entscheidungsträger. In Deutschland war es die Enquete-Kommission, die über mehrere Jahre gearbeitet hat

- Übernahme und Umsetzung auf der Ebene der regionalen und kommunalen Entscheidungsträger (Landschaftsverband Rheinland, Städte und Gemeinden)
- ein sensibles Management auf der Ebene der Klinik selbst (denn keine Institution wird gerne kleiner)
- Bereitstellung finanzieller Mittel.
Wo liegen die **Probleme** und **Konflikte**?
- Ideologisch-inhaltliche Diskussion: Ist die Anstalt nicht doch der humanere Lebensraum?
- Widerstände gegen die Auflösung der Anstalt wegen Angst vor Bedeutungsverlust, Verlust finanzieller Ressourcen, Mitarbeiterabbau
Lösungsmöglichkeiten:
- Dezentrale Einheiten als „Filialen“ der Klinik, dadurch Erhalt von finanziellen Ressourcen und Mitarbeitern
- schrittweiser Prozess über viele Jahre
- Einbeziehung und Verantwortungsübertragung an die Mitarbeiter.
Was geschieht mit den **frei gewordenen Gebäuden**?
Mögliche **Alternativen:**
- Wohnheime für chronisch Kranke mit rehabilitativem Charakter (so lange Enthospitalisierung nach draußen für den chronisch Kranken nicht möglich ist)
- Verkauf an die Stadt für normale kommunale Nutzung, „Patienten ziehen in die Stadt, die Stadt zieht in das Klinikgelände“
- In Bedburg-Hau wurde eine größere Zahl frei gewordener Gebäude für eine Ausweitung der forensischen Psychiatrie genutzt (steigender Platzbedarf für steigende Zahlen psychisch kranker Straftäter)

Ich habe Bedburg-Hau als Beispiel für einen typischen Dezentralisierungsprozess gewählt, weil Parallelen zu erkennen sind zu den Planungen unserer Partner in Lviv.

Unsere Region im Rheinland, zu der auch die Klinik Bedburg-Hau gehört, kooperiert im Rahmen des Projektes „**Partnership for Mental Health**“ mit der Region Lviv und der Klinik Kulpakov.

Wir haben großen Respekt vor den konsequenten Plänen zur Dezentralisierung, wie sie für Stadt und Region Lviv konzipiert worden sind.

Auch das wird ein komplexer Prozess werden, der sich an den Rahmenbedingungen und Möglichkeiten in der Ukraine und der Region orientieren muss. Aber es lohnt sich damit zu beginnen, denn es steht im Einklang mit den Grundprinzipien einer zeitgemäßen Psychiatrie.

ДЕЦЕНТРАЛИЗАЦИЯ. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ РЕФОРМЫ В ГЕРМАНИИ

Э. Шпанкен

В данной статье рассмотрены вопросы психиатрической реформы в Германии и структурной децентрализации психиатрической службы, что привело к проблемам и конфликтам отдельных звеньев службы. Проблемы могут быть частично решены в случае рационального использования коммунальных объектов, в частности общежитий для психически больных с программами реабилитации.

С. С. Шум, О. О. Суховій

СЕМАНТИЧНА НЕУЗГОДЖЕНІСТЬ ТЕРМІНОЛОГІЇ ПРИМУСОВИХ ПСИХІАТРИЧНИХ ЗАХОДІВ

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

Nomina sunt mutabilia, res autem immobiles

Всі існуючі нині в Україні різновиди примусових психіатричних заходів об'єднує однакова мета застосування таких видів державного примусу, яка редуковано може бути сформульована у вигляді двох взаємопов'язаних складових: 1) проведення стосовно особи лікувально-діагностичних заходів; 2) запобігання вчиненню особою суспільно небезпечних діянь (СНД) відносно себе та/або інших осіб. Відрізняються такі примусові психіатричні заходи трьома основними аспектами: 1) підставами і процесуальним порядком їх застосування; 2) видом профілактики (попередження первинного чи повторного СНД); 3) специфікою відділень (палат) закладів, у яких застосовуються такі заходи.

Українським законодавством фактично затверджено три терміни, якими позначаються різновиди примусових психіатричних заходів: 1) примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) – ст. 92 КК України; 2) психіатрична допомога в примусовому порядку (ПДПП) – Закон України «Про психіатричну допомогу» та ЦПК України

використовують даний термін, але не наводять його визначення; 3) запобіжні заходи у вигляді поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають небезпечну поведінку – термін наведено у ст. 508 КПК України, але визначення та порядок застосування такого роду заходів відсутні.

Логіко-семантичний аналіз вищезазначених термінів демонструє, що ім'я (як семантична категорія) кожного з примусових психіатричних заходів, незважаючи на значний обсяг, абсолютно не відображає особливості, якими перераховані примусові заходи відрізняються один від одного. Наведені дескрипції (терміни) лише умовно відносяться до їх предметів, а конструкти таких термінів є невалідними і вводять в оману не лише неспеціалістів, але й досвідчених лікарів-психіатрів та навіть лікарів – судово-психіатричних експертів.

Так, семантична структура терміну «ПЗМХ» вказує на певні медичні заходи, які застосовуються примусово, без вказівки на застосування таких заходів лише у психіатричних закладах охорони здоров'я. З точки

зору семантики, підпорядкування терміну «примусове лікування» (ПЛ) термінові «ПЗМХ» не суперечитиме логіці, адже лікування є складовою частиною заходів медичного характеру. Але визначення ПЛ затверджено у ст. 96 КК України, тому ні в якому разі не може вживатись ні як синонім, ні як складова ПЗМХ. Розповсюджене в Україні застосування терміну «ПЛ» для позначення ПЗМХ порушує принцип однозначності імені, що призводить до підміни одного смислу імені іншим смислом, адже предмет терміну «ПЛ» знаходиться поза межами площини ПЗМХ та не передбачає попередження суспільної небезпечності, обумовленої психічними захворюваннями.

Поширеність такої помилки можна пояснити істотним впливом російської судово-психіатричної науки на вітчизняну та одночасним існуванням у КК РФ синонімічних термінів «принудительные меры медицинского характера» та «принудительное лечение», які часто калькуються в українських наукових статтях, монографіях та підручниках.

Конструкт «психіатрична допомога в примусовому порядку» теж виглядає досить сумнівним, адже, відповідно до ст. 4 Закону України «Про психіатричну допомогу», психіатрична допомога надається, поруч з іншими, на основі принципу добровільності. Більш доречним у цьому значенні вбачається термін «психіатричне втручання у примусовому порядку», який все

одно не здатний хоча б частково відобразити особливості такого роду заходів.

Термін «запобіжні заходи у вигляді поміщення до психіатричного закладу в умовах, що виключають небезпечну поведінку» є досить новим та потребує доопрацювання, адже така дескрипція піднімає необхідність лікування поміщенням до психіатричного закладу, крім того, хибно припускає можливість створення умов, які повністю виключали б можливість небезпечної поведінки осіб з психічними розладами.

Одна з головних функцій імені – давати точне позначення певним іменем певного предмета. Розглянуті терміни не відповідають такій вимозі, що обумовлює актуальність пошуку альтернативних варіантів. На нашу думку, у розглянутому випадку не варто зосереджуватись на пошуку найбільш влучних імен для різновидів примусових психіатричних заходів (ППЗ), необхідно лише розподілити варіанти таких заходів за категоріями і підкатегоріями, відокремлюючи їх чіткими дефініціями.

Пропонуємо до розгляду визначення ППЗ, як заходів державного примусу, які призначаються у рамках кримінального або цивільного провадження та передбачають примусові психіатричні втручання у відповідних психіатричних закладах, в залежності від ступеня суспільної небезпечності особи, з метою діагностики, лікування, реабілітації та первинної або вторинної профілактики суспільної небезпечності осіб, які хворіють на психічні розлади.

Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко

ПРОФІЛАКТИКА НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Згідно з висновками ВООЗ до першочергових завдань щодо покращення психічного здоров'я належить «... забезпечення гідного психосоціального стану людей та наявності комплексних служб по наданню допомоги хворим на хронічні неінфекційні захворювання, які мають проблеми пов'язані з психічним здоров'ям» (WHO, 2000).

Гострий панкреатит є досить розповсюджена соматична патологія серед населення України (біля 10 нових випадків на 100 000 населення кожного року). Результати багатьох досліджень свідчать про високу частоту та значний поліморфізм психічних розладів у соматичних хворих. Існує встановлений взаємозв'язок між больовими проявами гострого панкреатиту та вираженістю тривожно-депресивних розладів. У таких хворих більш ніж у 50% високий рівень особистісної невротизації.

Також спостерігаються неадаптивні типи відношення до хвороби у хворих на панкреатит, що впливає на погіршення перебігу захворювання та якості життя. Тому проблема профілактики тривожно-депресивних розладів та особистісного відношення до хвороби у хворих на гострий панкреатит є важливою та актуальною.

З метою створення корекційних та профілактичних програм для пацієнтів з неспсихотичними психічними розладами при гострому панкреатиті нами був розроблений комплекс психометричних, психодіагностичних та психологічних методів дослідження. Отриманні дані дозволили виявити ряд специфічних проявів та динаміку неспсихотичних психічних розладів у хворих на гострий панкреатит, які лягли в основу створення диференційних корекційних та профілактичних програм.

Л. Н. Юрьева

ПРОФИЛАКТИКА СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ – ЗВЕНО В СИСТЕМЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В УКРАИНЕ

ГУ «Днепропетровская медицинская академия» МОЗ Украины, г. Днепропетровск

Показатель суицидальной смертности является одним из важнейших индикаторов общественного психического здоровья, социального благополучия и качества жизни населения. С 2006 года Украина из группы стран с высоким или «критическим» уровнем суицидов, где она находилась с 1991 года, переместилась в группу стран со средним уровнем распространенности самоубийств. Причем, среди всех суицидентов, пациенты с психическими и поведенческими расстройствами составляют от 2,1% до 2,8%. В 2010 году суицидальную попытку совершили 0,1% от всех лиц с психическими и поведенческими расстройствами, находящихся под наблюдением психиатра в государственной психиатрической службе. Среди них – завершённый суицид был у 22,1%.

Свыше 97% суицидов совершают лица которые никогда не состояли на учете у психиатра. По данным проведенного в Украине эпидемиологического исследования (2000 г.) было выявлено, что распространенность суицидальных идей на протяжении жизни во всей выборке составила 8,2%. Этот уровень был гораздо выше у женщин (10,1%), чем у мужчин (5,8%). 12,7% украинцев отметили у себя те или иные проявления суицидального поведения (идеи, планы, попытки) в течение жизни и 3% – в течение последних 12 месяцев. Было выявлено, также, что среди тех, кто имел суицидальные намерения только 25,1% (18,8% – мужчин и 28,0% женщин) обращались за медицинской помощью.

Ранее проведенный нами анализ суицидологической смертности в Украине (Л. Н. Юрьева и соавт. 2002–2012)

позволил выявить региональные, возрастные и гендерные особенности суицидального поведения, а также выделить медицинские, социальные, экономические и демографические факторы потенцирующие и лимитирующие риск суицидальной смертности в Украине.

Полученные данные убедительно доказывают необходимость разработки Национальной программы превенции суицидов имеющей междисциплинарный характер. В ее реализацию должны быть вовлечены не только специалисты в сфере охраны психического здоровья, но и семейные врачи, педагоги, социальные работники, представители общественных организаций, пациенты и их родственники.

Суицидологическая служба в рамках психиатрической службы должна иметь свою нормативно-правовую базу, регламентирующую порядок оказания суицидологической помощи на 3-х уровнях оказания медицинской помощи, инфраструктуру, профессионально подготовленных штатных сотрудников и протоколы ведения пациентов с суицидальным поведением.

Необходимо, также, разработать пакет образовательных программ для различных социальных категорий прямо или косвенно влияющих на процессы, способствующие уменьшению аутоагрессивного поведения в обществе: учителей, школьных психологов, социальных работников, волонтеров, сотрудников телефонов доверия и «горячих линий», представителей общественных организаций, оказывающих поддержку ВИЧ-инфицированным и химически-зависимым, представителей СМИ.