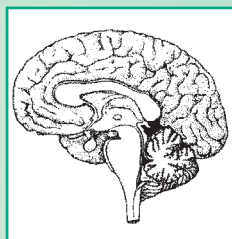


ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 20, випуск 1 (70), 2012 - додаток
- Volume 20, issue 1 (70), 2012 - addition

Український Вісник Психоневрології

ОРГАН ТОВАРИСТВА НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ ТА НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ,
ІНСТИТУТУ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ

Головний редактор **П. В. ВОЛОШИН**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бачериков А. М., Віничук С. М.,
Волошина Н. П., Воробйова Т. М.,
Головченко Ю. І., Григорова І. А.,
Грицай Н. М., Дзяк Л. А., Зозуля І. С.,
Козявкін В. І., Лінський І. В.,
Маньковський М. Б.,
Марута Н. О. (заступник головного редактора),
Мерцалов В. С., Михайлов Б. В.,
Мінко О. І., Міщенко Т. С.,
Напреєнко О. К., Підкоритов В. С.,
Руденко А. Ю., Сухоруков В. І.,
Табачников С. І., Шаповалова В. О.,
Шестопалова Л. Ф.,
Явдак І. О. (відповідальний секретар).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Абрамов В. А., Бітенський В. С.,
Вієвський А. М., Влох І. Й.,
Головач К. М., Дубенко Є. Г.,
Дьяченко Л. І., Євтушенко С. К.,
Кузнєцов В. М., Кутько І. І.,
Мартинюк В. Ю., Мачерет Є. Л.,
Назаренко В. Г., Павлов В. О.,
Пімінов О. Ф., Пономаренко М. С.,
Реміняк В. І., Скочій П. Г.,
Сон А. С., Сосін І. К.,
Тихонова С. О., Толочко В. М.,
Фільц О. А., Чуприков А. П.,
Шаповалов В. В., Шевага В. М.

ВІДПОВІДАЛЬНИЙ ЗА ВИПУСК:
Беро М.П.

Випуск підготовлений за підтримки
УПРАВЛІННЯ У СПРАВАХ СІМІ ТА МОЛОДІ
ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛДЕРЖАДМІНІСТРАЦІЇ

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію
№ 368 від 10.01.94 р.

Науково-практичний медичний журнал

Заснований 1993 р., у вересні
Періодичність — щокварталу

Том **20**, випуск **1 (70)**

Харків, додаток — **2012**



Журнал «Український вісник психоневрології» друкується з 1993 року Українським НДІ клінічної та експериментальної неврології та психіатрії сумісно з Українським товариством неврологів, психіатрів та наркологів (свідоцтво про держреєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 368, видано Державним комітетом України у справах видавництва, поліграфії та книгорозповсюдження 10.01.94 року).

У журналі друкуються нові дані про результати досліджень у галузі нейронаук та їх впровадження у практику охорони здоров'я, отримані вченими та лікарями України, ближнього й дальнього зарубіжжя.

Видання журналу здійснюється щокварталу. Журнал надходить до медичних бібліотек усіх областей України, НАН України та бібліотек медичних ВУЗів України, до управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій, членам товариства неврологів, психіатрів та наркологів України, до медичних бібліотек столиць країн СНД.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н.П., Головченко Ю.І., Грицай Н.М., Григорова І.А., Дзякл. А., Дубенко Є. Г., Зозуля І.С., Мерцалов В.С., Міщенко Т.С., Назаренко В.Г., Сухоруков В. І.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Абрамов В.А., Бачериков А.М., Влох І.Й., Казакова С. Є., Кришталь В. В., Луценко О.Г., Михайлов Б.В., Напреєнко О.К., Підкоритов В.С., Самохвалов В.П., Чабан О.С., Шестопалова Л. Ф.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В.С., Гавенко В.Л., Ігнатов М.Ю., Лінський І.В., Мінко О.І., Павлов В.О., Сосін І. К., Пішель В. Я.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ДИТЯЧОЇ ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ:

Деменко В. Д., Євтушенко С. К., Козьяк В. І., Мартинюк В. Ю., Танцура Л. М.

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАВА І СУДОВОЇ ФАРМАЦІЇ:

Шаповалова В. О., Шаповалов В. В.

ДО УВАГИ АВТОРІВ

До опублікування у журналі «Український вісник психоневрології» приймаються проблемні статті, оригінальні дослідження, огляди, лекції, спостереження з практики, дискусійні статті, наукова хроніка, короткі повідомлення, рецензії. У журналі розміщуються роботи з проблем клінічної та експериментальної неврології, психіатрії та наркології, а також психотерапії, судової фармації, інших суміжних наук. Публікуються роботи з питань викладання нейронаук, організації та управління психоневрологічною службою, статті історичного характеру, а також інформація про новітні лікарські засоби, про минулі та майбутні з'їзди, науково-практичні конференції та семінари.

Під час підготовки робіт до друку необхідно враховувати таке:

1. До розгляду редакційною колегією журналу приймаються роботи, що не публікувалися та не подавалися до друку раніше.

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

3. Статті надсилаються до редакції у 2-х примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірника) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не слід ділити текст статті на окремі файли (крім рисунків, що виконані в інших програмах).

4. Обсяг статей не повинен перевищувати: для проблемних та оригінальних досліджень, лекцій та оглядів — 10 сторінок, для дискусійних статей — 8 сторінок, для наукової хроніки — 5 сторінок, для коротких повідомлень — 3-х сторінок.

5. Роботи друкуються кеглем 12—14, через 1,5 інтервали з полями: зліва — 3,5 см, справа — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинні бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел. Назву розділів у тексті виділяти не слід.

7. Назві статті повинні передувати індекс УДК, відомості про авторів (ім'я, по батькові або ініціали, прізвище, учене звання, учений ступінь, посада або професія, місце роботи).

8. Після тексту статті має бути список літератури, резюме російською (чи українською) та англійською мовами, що включають назву роботи, ініціали та прізвище авторів, назву установи, де виконувалась робота. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків.

9. Стаття має бути підписаною усіма авторами, наприкінці треба вказати контактну адресу та телефон.

10. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зоб-

раженні, з можливістю редагування електронного зображення. Фотографії мають бути контрастними (на фотопері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш 240 сірі), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Діаграми треба виконувати в програмі Microsoft Excel.

11. Таблиці повинні бути компактними, мати назву, що відповідає змісту. На усі рисунки та таблиці у тексті повинні бути посилання.

12. Посилання на літературні джерела у тексті статті необхідно надавати у квадратних дужках, відповідно до переліку літератури.

13. Перелік літературних джерел оформлюється відповідно до ГОСТ 7.1.—2003 і повинен містити роботи за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються у перелік тільки у випадку необхідності.

14. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою SI, терміни — згідно з анатомічною та гістологічною номенклатурами, діагностику — за допомогою Міжнародної класифікації хвороб 10-го переліку.

15. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіченими.

16. Редакція залишає за собою право скорочення та виправлення надісланих статей.

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

Кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK. Векторна графіка у форматі *.cdr, *.eps, *.cmx, *.pdf, небажано — *.ai. Растрова графіка: формат *.tif, 240—300 dpi, без компресії. Текст і логотипи подавати тільки в кривих. Текст — українською мовою. Розмір ілюстрації 205 x 295 мм, включаючи припуски на обрізання (після обрізання — 190 x 285 мм, від цих меж має бути не менш 5 мм до значимих об'єктів). Обов'язково додати кольоровий відбиток ілюстрації.

Статті надсилаються на адресу:

61068, м. Харків, вул. Ак. Павлова, 46,

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»

Редакція журналу «Український вісник психоневрології»

Підписано до друку 12.04.2012. Формат 60x84/8.

Ум. друк. арк. 16,55 + 1,4 вкл. Тираж 1000 пр. Зам. № 57/1.

Надруковано в ТОВ «Каштан»

83017, м. Донецьк, б. Шевченка, 29

© Товариство неврологів, психіатрів та наркологів України; ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Академії Медичних Наук України», 2012

ЗМІСТ

<i>Моїсєєнко Р.О., Терещенко О.В., Марценковський І.А., Глузман С.Ф., Пінчук І.Я., Юрченко Т.В., Доленко О.В.</i> НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ	8
<i>Хобзей М.К., Волошин П.В., Марута Н.О., Зінченко О.М., Бєро М.П., Демченко В.А., Завалко Ю.М., Зільберблат Г.М., Клочко В.Л.</i> ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	9
<i>Бєро М.П., Михайлов Б.В., Фильц А.О.</i> СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ (КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ) ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В УКРАИНЕ	11
Тези	
<i>Абрамов В.А., Бєро М.П., Грачев Р.А., Никифоров Ю.В., Смаль Ю.И., Студзинский О.Г.</i> КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ	16
<i>Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В.</i> КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ	19
<i>Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В.</i> ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — ОСНОВА ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	19
<i>Алієва Т.А.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД СТУДЕНТІВ — ІНВАЛІДІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ	20
<i>Андрух Г.П., Добростомат У.Н.</i> ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОГЕНЕЗА У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ЕГО МОДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ	21
<i>Абдрахімова Ц. Б.</i> ОБГРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ	21
<i>Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Малихіна Н.А.</i> ПСИХОТЕРАПІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	22
<i>Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Матузок Е.Г., Лакинський Р.В.</i> КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА РЕАКЦІЮ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ	23
<i>Бєро М.П., Костенко Н.И.</i> ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ НА ТЯЖЕЛОЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ И ПТСР У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА	24
<i>Бєро М.П., Нєлюбин К.М.</i> ОПЫТ И СТРАТЕГИЯ ПРОФОТБОРА И ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ МОРСКОГО ФЛОТА	24
<i>Бєро М.П.</i> АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ	25
<i>Бєро М. П., Бєро С. Я., Васильева А. Ю., Доценко М. Б., Сорока В. В., Луговицкая Н. И.</i> О ВНЕДРЕНИИ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	26
<i>Васильева А. Ю., Бондарь В. Г., Доценко М. Б.</i> ИНТЕГРАЦИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ	27
<i>Бутко К.М.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ З ОПЕРАЦІЯМИ НА КІСТІ	28

Вашките И.Д. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ	28
Вербенко В.А., Осмина Е.В., Вербенко Г.Н. РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АУТИЗМА	29
Височин Є.В., Рачкаускас Г.С., Мулік Є.О. ВПЛИВ ЛІКОПІДУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	29
Волобуев В.В. ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА	30
Выговская Е.М., Пыркoв С.Г. СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ (ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ) И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ	32
Гапонов К. Д. ВИРАЖЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ НАСЛІДКІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ЯК КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЗАХОДІВ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ	33
Георгиевская Н.В. ПСИХОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВОМ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ (F66.2)	34
Григорович А.А., Михайлов Б. В. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖИТЕЛЕЙ УКРАИНЫ	35
Гуменюк Л.Н., Ольшеская Н.С., Савин А.А. ПРИНЦИПЫ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ	35
Денисов Е.М., Стратович Ю.А., Мангуш Т.Н. ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	36
Дубовик К.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ УКРАИНЫ	37
Дудина Ж.Г. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕМЕНЦИИ	37
Дьяченко Л.І., Кутіков О.Є., Сергієнко О.В., Офіцерова Ю.В. АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПСИХІЧНОХВОРИМ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ МЕРЕЖІ	38
Завалко Ю.Н., Никоенко В.А., Мамчур А.И. КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ	38
Зеленская Е.А. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА	39
Зільберблат Г.М., Войтюк Г.І., Чеченюк Л.В., Піщемуха А.В., Кітмарєв О.М., Кречик О.А. ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРТИЗ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ	40
Золкина Л.И., Боро С.Я., Ченская А. В. ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ	40
Казаков В.Е. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ИСТЕРОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА	42
Казакова С.Е. К ВОПРОСУ О СОСУДИСТЫХ ПСИХОЗАХ	43
Кожина Г.М., Коростій В.І., ТОВАЖНЯНСЬКА О.Л., Григорова І.А., Літвін Е.Є. КЛІНІЧНІ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД ХВОРИХ З ЕНДОКРИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ	44
Кожина А.М., Кришталь В.Е., Суховианова Е.И. ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ	44

<i>Кожина Г.М., Маркова М.В., Гріневич Є.Г., Гайчук Л.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ ДО НАВЧАННЯ	45
<i>Коростий В.И., Ординанс С.М., Григорчук М.Ю.</i> СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ	46
<i>Коршняк О.В.</i> НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЕКЗОГЕННИМИ ЧИННИКАМИ ПОШКОДЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ	46
<i>Кудинова Е.И.</i> ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ	47
<i>Ладик-Бризгалова А. К.</i> ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ВІДНОШЕННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ДО ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ	48
<i>Литвиненко В.В.</i> КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ	48
<i>Лісова Є.В.</i> СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ НЕВРАСТЕНІЇ	49
<i>Лобунець Г.Ю.</i> МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ-ІНВАЛІДІВ ВНЗІВ	49
<i>Маркова М. В., Діхтяр В. О.</i> РІВЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ЯК КРИТЕРІЙ ВИБОРУ ТИПУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ	50
<i>Марута Н.О., Панько Т.В.</i> ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ	51
<i>Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Чеботарьов Є.В.</i> ВПЛИВ ПОЛІОКСИДОНІЮ НА ІМУННИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ	52
<i>Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М.</i> ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НУКЛЕІНАТУ	53
<i>Марута Н.О., Семікіна О.Є., Каленська Г.Ю.</i> ОСОБЛИВОСТІ АРТ-ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ	54
<i>Марута Н.А., Сновида Л.Т., Череднякова Е.С.</i> ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)	55
<i>Марута Н.О., Ядак І.О., Череднякова О.С.</i> ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ	
<i>Марценковский И.А.</i> ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА, ПОСТРОЕННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ	56
<i>Марценковский І.А., Бікшасва Я.Б., Ващенко О.С., Дубовик К.В.</i> УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПРИ НАДАННІ МЕДИКО-СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ШИЗОФРЕНІЮ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ РОДИН	57
<i>Михайлов Б.В., Міхановська Н.Г.</i> РОЗЛАДИ ПСИХІКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, УДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА СУПРОВОДУ	58
<i>Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мітельов Д.А., Матковська Т.Н.</i> ПРИОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ	58
<i>Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д. А., Матковская Т.Н.</i> К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ	59
<i>Михайлов Б.В.</i> СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ	60

Мозговая Т.П., Гавенко В.Л., Лещина И.В. ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ	61
Назарчук І.А., Бовт Ю.В., Біневська О.М. РОЛЬ ГЕЛІОГЕОФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ В ПЕРЕБІГУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ	62
Никифорова Е. Г. ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ШАХТЕРОВ, ПЕРЕЖИВШИХ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ НА ПРОИЗВОДСТВЕ	62
Огоренко В.В. ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА	63
Ольшеская Н.С., Гуменюк Л.Н. ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА НОЧНЫХ КОШМАРОВ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ	64
Осокина О.И. СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ («RECOVERY») ПРИ ШИЗОФРЕНИИ	65
Пайкова Л.Н. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ НЕРВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РОЛЬ ИХ КОРРЕКЦИИ В БИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ	65
Педак А.А., Педак А.А. АУТИЗМ: НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА	66
Подолья В.Н. ПОДВЕРЖЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ И ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ (ГЕНЕТИКО-КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ).	67
Помилуйко А.А. ОСОБЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА	68
Пономарев В.И. РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗРАСТНЫХ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТАНОВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ЛЕТУЧИМ ОРГАНИЧЕСКИМ СОЕДИНЕНИЯМ У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ	69
Пономарева В.В. ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ	69
Проскуріна Т.Ю., Михайлова Е.А., Мітельов Д.А., Матковська Т.М. СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ І ВЕКТОРНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ	70
Пушук Н. Г., Демченко М. І. ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ	71
Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Студзинский О.Г., Кокотова Е.А. РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА В ОРГАНИЗАЦИИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ	72
Садеков И.А., Поляков А.В., Садекова И.В., Петренко Л.В., Тишковец О.И., Лукина Е.Г., Кочмар В.Ю. КОГНИТИВНАЯ ЭПИЛЕПТИФОРМНАЯ ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ У ДЕТЕЙ — ОПЫТ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТЕРЕОТИПОВ	72
Сайко Д.Ю. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА	73
Селюкова Т.В. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ И ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА	74
Скоробрега В. З. КУДА ДЕВАТЬ ИСТЕРИЮ?	75
Сорока В. В. ФАКТОРЫ РИСКА СУПРУЖЕСКОГО НАСИЛИЯ	75
Спасібухова В.С. ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ	76

Спасібухов О.А. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА І 12-ПАЛОЇ КИШКИ	77
Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.Й., Коваленко Т.Ю., Феденко Є.С. ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ	77
Стрельникова И.Н. ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ	78
Субаева К.Р., Брагин Р.Б. РОЛЬ ЛИЧНОСТНОГО И ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ОСУЖДЕННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА	78
Сухоруков В.І., Привалова Н.М., Сербієнко І.А., Лавинська Л.І. СТРУКТУРА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ	79
Табачников С.І., Риткіс І.С., Васильєва Г.Ю., Гуркова О.В. ІНТЕГРАТИВНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ У КОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ	80
Таравних ІІ.Д. ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ	80
Титиевский С.В., Бабюк И.А., Найдено С.И., Черепков В.Н., Побережная Н.В., Гашкова Л.А. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУПЕРВИЗИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ	81
Титиевский С.В., Бабюк И.А., Найдено С.И., Черепков В.Н., Побережная Н.В., Табачников А.Е., Рымарь И.Б. СУПЕРВИЗИЯ КАК ЭТАП ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ	82
Ткаченко Е.А. ПРИБЛИЖЕНИЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ К НАСЕЛЕНИЮ	83
Федак М. Б. ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ	85
Федак Б.С. СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ І СУДИННО-МОЗКОВИХ РОЗЛАДІВ	85
Харченко А.В. ПРОФІЛАКТИКА ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ГОСТРОМУ ПОСТСУЇЦИДАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ	85
Шурма І.М. МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	86
Яворська Т. П. ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЇ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ, В ДО- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ	87

**Моїсеєнко Р.О., Терещенко О.В., Марценковський І.А.,
Глузман С.Ф., Пінчук І.Я., Юрченко Т.В., Доленко О.В.**
Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології

НАПРЯМКИ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Реформування системи охорони психічного здоров'я дітей є складовою загальної медичної реформи і нової філософії державної соціальної політики України. Базові принципи єдиної європейської політики в сфері охорони психічного здоров'я відбиті в Гельсінській декларації Європейської конференції ВООЗ на рівні міністрів охорони здоров'я, Європейському плані дій в галузі психічного здоров'я (Гельсінкі, Фінляндія, 2005), Меранській Декларації, конференції національних координаторів Програми охорони психічного здоров'я ВООЗ (Мерано, Італія, 2008), Флорентійській Декларації XIII конгресу Європейського товариства дитячої та підліткової психіатрії (Флоренція, Італія, 2007). Основний наголос у цих документах робиться на: 1) наданні психіатричної допомоги дітям у максимально не стигматизованих умовах — за місцем проживання чи навчання (на рівні громад), з повагою прав дитини, без обмеження, зв'язків із батьками та референтним оточенням дитини; 2) розширенні спектру та підвищенні якості психіатричних послуг на етапі первинної медичної допомоги; 3) перенесенні акценту з біологічного лікування на психологічні (психотерапевтичні) і соціальні форми допомоги; 4) залученні громадських організацій до створення мережі агентств, зайнятих підтримкою особливих потреб дітей, зв'язаних з охороною здоров'я, освітою, культурою.

Наприкінці 2011 року Президентом України було прийняте політичне рішення про реформування системи психіатричної допомоги дітям, виконання Україною міжнародних зобов'язань по дотриманню прав дітей з особливими потребами при наданні ним соціальних, освітніх та медичних, зокрема психіатричних, послуг. Указом Президента України № 1163/2011 "Про питання щодо забезпечення реалізації прав дітей в Україні" від 16 грудня 2011 року Міністерству охорони здоров'я доручено: опрацювати у шестимісячний строк питання щодо вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям, підвищення якості медичних послуг для дітей, забезпечення лікарськими засобами дітей пільгових категорій.

На виконання Указу Міністерством охорони здоров'я було створено робочу групу, яка визначила п'ять провідних напрямків реформування системи охорони психічного здоров'я дітей в Україні:

1) Налагодження міжсекторальної взаємодії закладів Міністерства охорони здоров'я, Міністерства соціальної політики, Міністерства освіти і науки, молоді та спорту України з питань охорони психічного здоров'я дітей: а) промоція здорового способу життя: розробка спеціальних профілактичних програм для навчальних закладів, що сприятимуть зміцненню психічного здоров'я учнів, запобігатимуть антисоціальній поведінці, жорстокому поводженню, забезпечать формування у учнів соціально адаптивних форм поведінки; б) розробка програм інтеграції дітей з обмеженими можливостями та особливими потребами і дітей з

психічними розладами в існуючі загальні системи освіти та професійної підготовки; с) запровадження програм підготовки вчителів загальним принципам психосоціальної терапії дітей з дефіцитом уваги, імпульсивністю, гіперактивністю та розладами поведінки; д) створення програм підтримки дітей з обмеженими можливостями та особливими соціальними та освітніми потребами, дітей з психічними розладами за місцем їх проживання шляхом використання лікарями первинної практики (сімейними лікарями) ресурсів реабілітаційних програм батьківських організацій, закладів освіти, соціальних служб.

2) Вдосконалення порядку надання психіатричної допомоги дітям. Перерозподіл ресурсів між екстреною (невідкладною), первинною, вторинною (спеціалізованою) та третинною (високоспеціалізованою) психіатричною допомогою: а) розвиток медичної, зокрема психіатричної допомоги дітям із психічними розладами та особливими потребами за місцем проживання на первинному рівні медичної допомоги; б) інтеграція спеціалізованої психіатричної допомоги дітям із загально-медичною допомогою; с) відокремлення психіатричної допомоги дітям від психіатричної допомоги для дорослих, організація відділень для надання спеціалізованої психіатричної допомоги в структурі багатопрофільних лікарень для планового лікування; д) створення міжрегіональних центрів для надання високоспеціалізованої психіатричної допомоги дітям з розладами зі спектру аутизму, дітям з розладами харчової поведінки на третинному рівні медичної допомоги.

3) Приведення змісту психіатричної допомоги дітям у відповідність до сучасного рівня розвитку науки: а) розробити та регулярно переглядати клінічні протоколи і критерії якості допомоги для найбільш поширених та соціально значущих розладів психіки та поведінки у дітей (розладів зі спектру аутизму, гіперкінетичних розладів, розладів харчування (анорексії та булімії), розладів поведінки, депресії); б) забезпечити доступ дітей із психічними розладами до лікарських засобів, які в установленому порядку зареєстровані на території України, ефективність яких ґрунтується на принципах доказової медицини; с) забезпечити перенесення акценту при наданні допомоги дітям із біологічного лікування на психосоціальну допомогу та психотерапію, насамперед когнітивно — поведінкову;

4) Проведення заходів, що унеможливають порушення прав дітей при наданні ним психіатричної допомоги, порушень прав дітей з особливими потребами та психічними розладами при наданні ним загальної медичної допомоги, соціальних та освітніх послуг.

5) Підвищення професійних стандартів, престижу та зміцнення соціального захисту дитячих лікарів загальної практики (педіатрів), дитячих психіатрів, психотерапевтів, медичних психологів, відповідного середнього медичного персоналу та соціальних працівників, а також науковців, які працюють у сфері охорони психічного здоров'я дітей.

**Хобзей М.К.¹, Волошин П.В.², Марута Н.О.^{1,2}, Зінченко О.М.¹,
Беро М.П.³, Демченко В.А.⁴, Завалко Ю.М.⁵, Зільберблат Г.М.⁶,
Клочко В.Л.⁷**

Міністерство охорони здоров'я України, ¹(Київ),
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(Харків)²,
Обласна клінічна психоневрологічна лікарня — медико-психологічний
центр (Донецьк)³,
Київська міська психоневрологічна лікарня № 2 (Київ)⁴,
Дніпропетровська обласна клінічна психіатрична лікарня (Дніпропет-
ровськ)⁵,
КЗ КОР «Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»
(Київська обл.)⁶,
Вінницька обласна психоневрологічна лікарня (Вінниця)⁷

ПСИХІАТРИЧНА ДОПОМОГА ДОРΟΣЛОМУ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ В СИСТЕМІ РЕФОРМУВАННЯ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

За даними ВООЗ у 38 % населення країн Євросоюзу в певний момент їхнього життя реєструється один або декілька психічних розладів, які обумовлюють 19 % загального економічного тягаря усіх захворювань.

На жаль, Україна не позбавлена проблем, пов'язаних з вадами психічного здоров'я. 2,6 % населення України потребують допомоги лікаря-психіатра. При низькому рівні виявлення психічних розладів спостерігається неухильне зростання показників інвалідності (на 17,4 % за 10 років). Питома вага інвалідів внаслідок психічних розладів серед усіх форм патології в Україні є найбільш високою серед країн СНД та Східної Європи (4,59 %).

Психічні розлади спричиняють суттєві економічні збитки суспільства, які обумовлені непрацездатністю та соціальною дезадаптацією хворих та їх родичів, суїцидальною та соціально небезпечною поведінкою цього контингенту осіб, суттєвим погіршенням якості життя самих хворих та їх близьких.

Зміцнення психічного здоров'я, профілактика та лікування психічних розладів є провідними чинниками покращення якості життя й благополуччя, зростання соціального капіталу, продуктивності окремих людей, родин, соціальних груп та суспільства у цілому. Така стратегія відображена в Європейській Декларації психічного здоров'я, до якої приєдналася Україна у 2005 році.

Реалізація даної стратегії в Україні здійснюється шляхом розвитку суспільно орієнтованої психіатричної допомоги, яка забезпечує доступність, ефективність, дестигматизованість допомоги з метою відновлення соціального функціонування осіб з психічними розладами.

Впровадження суспільно орієнтованої психіатричної допомоги потребує чіткого визначення методологічних, кадрових та організаційних засад реформування.

Методологія суспільно орієнтованої допомоги включає її біопсихосоціальну спрямованість з широким використанням психосоціальної реабілітації.

В організаційному плані суспільно орієнтована допомога базується на принципах деінституалізації та дестигматизації, розширення використання амбулаторних та напівстаціонарних форм надання допомоги (консультативно-діагностичних центрів, психіатричних кабінетів вторинного рівня надання допомоги, денних стаціонарів), форм допомоги наближених до населення та інтегрованих у загальносоматичні заклади (пси-

хіатричні кабінети та психо-соматичні відділення у багатопрофільних лікарнях) та стаціонарних форм, спрямованих на відновлення соціального функціонування особи з психічними розладами (відділення для хворих на первинний психотичний епізод, відділення кризових станів, відділення медико-соціальної та медико-психологічної реабілітації та інші).

Кадрове забезпечення такої служби здійснюється мультидисциплінарними бригадами, які використовують засоби психологічної та соціальної реабілітації, можливості мікросоціального оточення та терапевтичного середовища.

Відбудова суспільно орієнтованої психіатричної допомоги в Україні здійснюється в умовах загальної медичної реформи, що обумовлює необхідність визначення обсягів медичної та психіатричної, допомоги на первинному, вторинному та третинному рівнях.

Первинний рівень надання медичної допомоги особам з психічними розладами передбачає надання медичної допомоги в амбулаторних умовах або за місцем проживання (перебування) лікарем загальної практики — сімейним лікарем.

Обсяги надання медичної допомоги особам з психічними розладами на первинному рівні включають:

- попередню діагностику психічних розладів з використанням психометричних шкал для визначення їх різних варіантів (адаптованих для лікарів загальної практики — сімейних лікарів);
- скерування особи з психічними розладами до лікаря-психіатра на вторинний або третинний рівень надання допомоги;
- участь у лікуванні та реабілітації осіб з психічними розладами у відповідності до заключення лікаря-психіатра (на вторинному або третинному рівні надання допомоги);
- психоосвітню роботу з особами з психічними розладами та їх родичами;
- організацію надання екстреної (невідкладної) допомоги та госпіталізації осіб з психічними розладами;
- організацію профілактичних заходів з охорони психічного здоров'я населення, включаючи участь у програмах «раннього втручання».

Спеціалізована психіатрична допомога **вторинного рівня** надається в психіатричних закладах (амбулаторних та стаціонарних умовах) лікарями-психіатрами та іншими фахівцями у плановому порядку або екстрених випадках.

Обсяги надання психіатричної допомоги на вторинному рівні включають:

а) діагностику психічних розладів та визначення лікувальної тактики:

- надання діагностичного висновку, визначення обсягу та плану лікування, скерування на первинний рівень для здійснення лікування та реабілітації,
- надання психіатричної допомоги вторинного рівня,
- скерування на третинний рівень (в разі необхідності використання високотехнологічних методів діагностики, лікування та реабілітації);

б) лікування та реабілітацію осіб з психічними розладами в стаціонарних або амбулаторних умовах з включенням соціальної допомоги;

в) профілактику психічних розладів, включаючи попередження суспільно-небезпечних дій;

г) надання амбулаторної та стаціонарної психіатричної допомоги у примусовому порядку (стаціонарна психіатрична допомога — у відділеннях зі звичайним наглядом);

д) проведення попередніх та періодичних психіатричних оглядів;

е) проведення експертизи психічного стану (медико-соціальної та військово-лікарської).

Високоспеціалізована психіатрична допомога **третинного рівня** надається в психіатричних закладах (амбулаторних та стаціонарних умовах) лікарями-психіатрами та іншими фахівцями у плановому порядку або екстрених випадках і передбачає застосування високотехнологічного обладнання та/або високоспеціалізованих медичних процедур високої складності.

Обсяги надання психіатричної допомоги на третинному рівні включають діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику психічних розладів, за умов неефективності попередніх втручань (на первинному та вторинному рівнях).

Високоспеціалізована психіатрична допомога надається:

- при необхідності використання високотехнологічних лабораторних, інструментальних методів діагностики та залучення до надання допомоги висококваліфікованих фахівців;
- при необхідності застосування методів лікування, які становлять підвищений ризик для здоров'я (електросудомна терапія, краніоцеребральна гіпотермія, плазмаферез та інші);
- при необхідності використання високотехнологічних методів психологічного впливу (психодіагностичних та психотерапевтичних);
- при потребі інтегрованої оцінки реабілітаційного потенціалу та корекції індивідуальної програми реабілітації;

— при впровадженні інноваційних технологій діагностики клінічної, психологічної, психолого-педагогічної та психоосвітньої, лікування та реабілітації;

— при наданні психіатричної допомоги у примусовому порядку (в закладах з посиленням та суворим наглядом);

— при проведенні експертизи психічного стану (медико-соціальної, військово-лікарської та судово-психіатричної).

До категорії психічних розладів, які потребують високоспеціалізованої психіатричної допомоги третинного рівня належать:

- тяжкі коморбідні психічні розлади у випадках їх поєднання з різними варіантами залежностей (хімічних та нехімічних), складною соматичною (неврологічною та іншими) патологією;
- хронічні рецидивуючі, резистентні та ускладнені форми психічних розладів;
- кризові стани, обумовлені психічними розладами (внаслідок насильства, техногенних аварій, катастроф);
- хворі на первинний психотичний епізод, які потребують високотехнологічних засобів діагностики, лікування та реабілітації;
- особи з психічними розладами, що супроводжуються суспільно-небезпечними діями.

Психіатрична допомога третинного рівня надається в університетських клініках, клініках науково-дослідних установ та високоспеціалізованих психіатричних закладах.

Екстрена (невідкладна) допомога особам з психічними розладами передбачає здійснення низки організаційних, діагностичних та лікувальних заходів з надання своєчасної медичної допомоги особам з психічними розладами, які перебувають у невідкладному стані.

До невідкладних станів, обумовлених психічними розладами належать:

- психотичні стани з відмовою від їжі та води;
- спроби самогубства (суїциду) та самопошкодження;
- порушення свідомості (аменція, делірії, онейроїд);
- психомоторні розлади (збудженість, загальмованість, ступор);
- стани відміни із судомами та делірієм;
- зловиясний нейролептичний синдром.

Екстрена (невідкладна) медична допомога особам з психічними розладами здійснюється у відділеннях інтенсивної терапії та реанімації психіатричних закладів вторинного та третинного рівня надання допомоги.

Невідкладним завданням психіатричної служби є відпрацювання розподілу рівнів надання допомоги в регіонах з максимальним використанням можливостей міжсекторальної взаємодії МОЗ з іншими відомствами для покращення психічного здоров'я населення України.

Беро М.П.¹, Михайлов Б.В.², Фильц А.О.³¹ОКПНБ-медико-психологический центр г.Донецк,²ХМАПО,³КУ «Львовская областная клиническая психиатрическая больница»

СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ (КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ) ПСИХОТЕРАПИИ И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В УКРАИНЕ

В Украине все виды диагностических и лечебных действий относятся к медицинской помощи, в том числе и в сфере психотерапии и медицинской психологии. Как соответствующие медицинские специальности «Психотерапии» и «Медицинская психология» содержатся в «Номенклатуре докторских специальностей» утвержденной приказом МЗ Украины от 19.12.1997г. №359, а должность «врач-психолог» введена приказом МЗ Украины от 19.12.1997г. №360. Подготовка кадров психотерапевтов проводится путем специализации по специальности «Психотерапия» лиц, которые в порядке предусматривающим приказом МЗ от 25.12.1992 № 195 допущены к врачебной деятельности по программам, разработанным авторскими коллективами кафедр психотерапии Украины. После окончания курсов специализации проводится аттестация с присвоением квалификации «врач-специалист» по определенной специальности (приказ МЗ от 19.12.1997 №359).

В течение последних десяти лет в Украине фактически было обновлена и разработана нормативно-правовая база психотерапии и медицинской психологии, создана соответствующая сеть во всех регионах Украины.

Вышел приказ МЗ Украины от 15.04.2008 г. №199 «Про порядок применения методов психологического психотерапевтического воздействия».

Специализация с медицинской психологии лиц с базовым психологическим образованием в медицинских учреждениях и факультетах последипломного образования в Украине практически отменена, в то же время введена подготовка врачей-психологов, которые осуществляют три высших медицинских учебных учреждений Украины.

Приказом МЗ Украины с 23.02.2000 г. №33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» с изменениями и дополнениями, внесенные приказом МЗ Украины с 12.03.2008 №122, должность врача-психолога предусмотрено в штатных нормативах учреждений охраны здоровья).

При полном выполнении этих нормативов в лечебно-профилактических учреждениях должно было быть 940 должностей психологов. Фактически существует 388 должностей психологов в составе педагогического персонала и 97,5 должностей врачей-психологов, с которых занято 61,25, физических лиц 43, которые составляют 44,1% укомплектованности.

Приказом МЗ Украины от 12.02.2008 №122 «Про внесение изменений к приказу МЗ Украины от 23.02.2000 №33» предусмотрено во всех дополнениях приказа название должности «психолог» заменено на название «врач-психолог» или «практический психолог» в зависимости от профиля учреждения и его функций. Выдан совместный приказ МЗ и МНС Украины от 26.05.2010 №435/386. «Перечень санаторно-курортных учреждений, при которых создаются Цен-

тры медико-психологической реабилитации»

На протяжении последних 10 лет психотерапевтическая служба Украины находится в процессе активного реформирования. Создаются медико-психологические центры, как основные учреждения для оказания высокоспециализированной медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи. Дальнейшее совершенствование качества оказания медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи населению Украины требует сохранения существующего кадрового потенциала психотерапевтической службы; изменения нагрузки на медицинский персонал путем коррекции расчета штатных нормативов медицинского, педагогического и др. персонала специализированных (психотерапевтических) лечебно-профилактических учреждений, в том числе и детских; организации работы с пациентами по принципу мультидисциплинарных бригад с введением новых должностей (социальный работник, реабилитолог). Оказание медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи в условиях реформирования системы охраны здоровья Украины требует использование современных технологий при осуществлении диагностического, лечебного и реабилитационного этапов.

Медико-психологическая (и в первую очередь психотерапевтическая) помощь оказывается на основании закона Украины «О психиатрической помощи» и является не только узкоспециализированной медицинской проблемой, но и социально значимой, оказывающей влияние на здоровья населения, она требует особого подхода в процессе реформирования. Также, необходимо учитывать, что ряд действующих приказов МЗ Украины (приказ МЗ Украины № 33 от 23.02.2000г. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»; приказ МЗ Украины № 385 от 28.10.2002г. «Про перелік закладів охорони здоров'я» и других нормативно-правовых документов) не соответствуют требованиям, предъявляемым к организации, уровню и качеству оказания медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи. В настоящее время возникла необходимость в изменениях и дополнениях в нормативно-правовой базе.

2. Общие положения.

Организация оказания медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи, основывается на принципах приближенности данного вида помощи к населению (доступности) её соответствие современному уровню научных знаний; необходимости и достаточности лечебных мероприятий с минимальными социально-правовыми ограничениями; ступенчатости (осуществление ее на различных уровнях); преемственности (взаимосвязь учреждений различного уровня по вопросам объема оказания спе-

ціалізованої допомоги, ведення учетних форм медичинської документації, оказання консультативної, діагностичної та лікувальної допомоги); законності, гуманності, добровільності, дотримання прав та свобод людини та громадянина; взаємодії з державними, недержавними та громадськими організаціями по питаннях охорони психічного здоров'я населення.

2.1. Первинну медичинську допомогу в області охорони психічного здоров'я населення передбачає оказання в Центрах ПМСП сімейним лікарем, в наступному обсязі:

- попередня діагностика, яка передбачає — використання скринінг тестів для експрес-діагностики ознак психічних розладів, заснованих на міжнародних схемах бесіди з пацієнтом (програми адаптованої для первинної медичинської допомоги по МКБ –Х п. РНС) та інших методик, оцінка вираженості, тяжкості та визначення порядку (неотложної, екстреної, планової) допомоги, вибір рівня та форми оказання допомоги та оформлення направлення;

- планове направлення до спеціаліста (психотерапевту, психолога), в залежності від симптоматики, з метою первинної діагностики психічних розладів, виписки рекомендованих рецептурних препаратів;

- направлення пацієнтів з важкими не психічними розладами на стаціонарне лікування для оказання спеціалізованої та високоспеціалізованої допомоги, направлення на стаціонарне лікування пацієнтів з історією анамнезу (повторних) для планового курсового або реабілітаційно-відновлювального лікування з вибором рівня допомоги;

- оказання неотложної допомоги для пацієнтів, не вимагають госпіталізації, передбачає — оказання психологічної допомоги та підтримки, в тому числі та сімейної, в психогенних ситуаціях сімейного та особистого характеру, залучення допомоги практичного психолога, направлення до психотерапевту в психотерапевтичний кабінет другого рівня;

- організація неотложної госпіталізації пацієнтів в кризових станах шляхом взаємодії з бригадами швидкої медичинської допомоги, в тому числі взаємодія з органами місцевого самоврядування для організації оказання неотложної допомоги, знання та дотримання «закона України про психіатричну допомогу»;

- участь в реабілітаційних заходах передбачає — участь та контроль над виконанням запланованого лікарем-психотерапевтом (психіатром), індивідуального плану реабілітаційно-відновлювального лікування (ІПЛ), залучення необхідного кола спеціалістів учасників реабілітаційного процесу (поліпрофесійної бригади), знання законодавчої бази (Закон України про реабілітацію інвалідів);

- забезпечення профілактичних заходів передбачає — оволодіння методами сімейної та соціальної психопрофілактики, застосування даних методів в пропаганді здорового способу життя, взаємодія з кабінетами та центрами медико-соціальної та психотерапевтичної допомоги другого рівня, участь в створенні груп само- та взаємодопомоги для пацієнтів та їх сімей;

- оказання допомоги особам, симптоматика яких не вкладається в рамки психічного та поведінкового розладу, але класифікується в рубриці «Z» по МКБ-10 (Z.03.2, Z50, Z.60-62, Z.70 та д.р.)

2.2. На вторинному рівні спеціалізовану медико-психологічну (та в першу чергу психотерапевтичну) допомогу, в плановому та екстреному порядку, надають особам з розладами психіки та поведінки психотерапевтами, лікарями-психологами з участю лікарів-психіатрів (при відсутності лікаря-психотерапевта) в амбулаторних та стаціонарних умовах, згідно з законом України «Про психіатричну допомогу» та іншими законодавчими, нормативно-правовими актами.

2.2.1. Амбулаторну медико-психологічну (та в першу чергу психотерапевтичну) допомогу, надають в державних та комунальних психотерапевтичних закладах та інших формах власності, які представлені:

- психотерапевтичним кабінетом другого рівня або кабінетом медико-психологічної психотерапевтичної реабілітації високоспеціалізованого психоневрологічного закладу — медико-психологічного центру, надає спеціалізовану (вторинну) та високоспеціалізовану (третинну) консультативну, діагностичну та лікувальну допомогу пацієнтам з психосоматичними розладами в структурі високоспеціалізованого психотерапевтичного відділення. Кабінет може розташовуватися в консультативно-діагностичному відділенні багатопрофільної лікарні другого рівня. Функція даних кабінетів визначена в «Типовому положенні про психотерапевтичний кабінет другого рівня оказання медичинської допомоги» та «Типовому положенні про кабінет медико-психологічної та психотерапевтичної реабілітації» (див. додаток);

- кабінетами та закладами інших форм власності.

- спеціалізованим центром (кабінетом) для надання комплексної психологічної, корекційно-педагогічної допомоги дітям. В склад кабінету (центру) може входити лікар-психолог або практичний психолог, медичинська сестра, логопед, корекційний педагог, реабілітолог. Центри можуть створюватися окремо або в структурі багатопрофільної лікарні другого рівня;

- Дневним психоневрологічним стаціонаром високоспеціалізованих медико-психологічних центрів (при відсутності медико-психологічних центрів пацієнти з не психічними психічними розладами можуть приймати лікування в умовах денного стаціонару психіатричних лікарень другого та третього рівня в залежності від необхідного обсягу лікувально-діагностичної та реабілітаційної допомоги). Дневний психоневрологічний стаціонар може розташовуватися як на базі спеціалізованого закладу, так і на базі багатопрофільної лікарні другого рівня оказання медичинської допомоги.

- Обсяг, завдання та функції оказання амбулаторної медико-психологічної (та в першу чергу психотерапевтичної) допомоги визначаються положенням про психоневрологічний (психотерапевтичний) уч-

реждении, положением о психотерапевтическом кабинете вторичного уровня и типовым положением о кабинете медико-психологической психотерапевтической реабилитации высокоспециализированного психоневрологического учреждения — медико-психологического центра.

Виды специализированной медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи в амбулаторных условиях:

- диагностика пограничных расстройств психики и поведения;
- лечение;
- организация госпитализации в психоневрологическое (психотерапевтическое) учреждение;
- консультативное наблюдение;
- медико-социальная реабилитация;
- профилактические мероприятия

Оказание помощи в неотложном порядке осуществляется вне зависимости от наличия направления согласно статьям 11, 14 Закона Украины «Про психіатричну допомогу».

2.3. На третичном уровне высокоспециализированную медико-психологическую (и в первую очередь психотерапевтическую) помощь, в плановом и экстренном порядке, оказывают лицам с расстройствами психики и поведения психотерапевтами (врачами-психиатрами при отсутствии психотерапевта), врачами-психологами, практическими психологами в амбулаторных и стационарных условиях, согласно закона Украины «Про психіатричну допомогу».

2.3.1. В амбулаторных условиях медико-психологическую (и в первую очередь психотерапевтическую) помощь, оказывают в государственных и коммунальных психиатрических (психоневрологических) учреждениях представленных:

— консультативно-диагностическими центрами высокоспециализированных психоневрологических учреждений — медико-психологических центров третичного уровня оказания помощи, в структуру которых входят:

1. кабинет кризисных состояний и предупреждения суицидов со штатной бригадой купирования кризисных состояний;

2. дневной стационар, который может быть в структуре консультативно-диагностического подразделения, так и отдельно;

3. внештатные психолого-психотерапевтические бригады постоянной готовности, оказывающие помощь пострадавшим и членам их семей при техногенных авариях и катастрофах и кризисных ситуациях;

4. полипрофессиональные бригады (врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, реабилитолог, социальный работник), оказывающие помощь в лечении пограничных психических расстройств;

— психотерапевтическим отделением высокоспециализированного психоневрологического учреждения — медико-психологических центров с кабинетами медико-психологической, психотерапевтической реабилитации, оказывающим высокоспециализированную консультативную, диагностическую и лечебную помощь пациентам с пограничными психическими расстройствами и кризисными состояниями, располагающиеся в консультативно-диагностическом отделении многопрофильной больницы.

— высокоспециализированные (поликлинические

и дневной стационар) центры, отделения, кабинеты в структуре многопрофильных учреждений третичного уровня оказания медицинской помощи (отделение семейно-психоневрологического консультирования — сексологии и психотерапии).

— консультативно-диагностическими центрами научно-исследовательских институтов психиатрии и психоневрологии АМН МЗ Украины, национальной академии медицинских наук.

Объем высокоспециализированной медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи в амбулаторных условиях предусматривает:

— оказание консультативной, лечебно-диагностической и реабилитационной помощи пациентам с пограничными психическими и психоневрологическими расстройствами по вопросам диагностики, дополнительных методов обследования, коррекции лечения, уточнения функционального диагноза (применение патопсихологических диагностических комплексов), клинической и функциональной диагностики, подбора медикаментозного и психотерапевтического лечения, выработки плана реабилитации, оценки степени социальной и трудовой дезадаптации, формирование многоосевого функционального диагноза, участие в решении экспертных вопросов (трудовых, социальных, военных) а также определение показаний для оказания высокоспециализированной стационарной психотерапевтической помощи в учреждениях третичного уровня. Оказывается врачами специалистами: психотерапевтами (психиатрами при отсутствии психотерапевтов) преимущественно первой и высшей категории по специальности «Психиатрия» и «Психотерапия»;

В консультативно-диагностическое отделение высокоспециализированного учреждения третичного уровня оказания медико-психологической (и в первую очередь психотерапевтической) помощи врачами-специалистами вторичного и третичного уровня могут направляться пациенты с целью консультативно-диагностического обследования (в т.ч. и с целью решения вопроса о необходимости оказания стационарной помощи).

Оказание помощи в неотложном порядке осуществляется вне зависимости от наличия направления согласно статьям 11, 14 Закона Украины «Про психіатричну допомогу».

2.3.2. Стационарную медико-психологическую (и в первую очередь психотерапевтическую) помощь оказывают в государственных и коммунальных психотерапевтических, учреждениях третичного уровня оказания медицинской помощи, в плановом и экстренном порядке, которые представлены:

— государственными и коммунальными высокоспециализированными клиническими психоневрологическими учреждениями с отделениями медико-психологической и социальной реабилитации инвалидов с непсихотическими психическими расстройствами, психоневрологическим отделением кризисных состояний, психоневрологическим отделением с пограничными и психосоматическими психическими расстройствами;

— клиниками научно-исследовательских институтов психиатрии и психоневрологии АМН Украины с отделами: детской психоневрологии и клинической нейрогенетики; кинической, социальной и детской

психіатрії; неврозів і пограничних состояний; не-
отложной психіатрії і наркології; медичинської пси-
хології; наукової організації неврологічної і пси-
хіатричної допомоги, патентно-лицензійної робо-
ти і інформаційного забезпечення; клінічної діа-
гностики.

Високоспеціалізована стаціонарна медико-психологічна (і в першу чергу психотерапевтична) допомога надається пацієнтам з пограничними психічними і психоневрологічними розладами з важкими, резистентними, вираженими формами пограничних психічних розладів резистентних до проведимої лікування, мало-ефективністю проведимої лікування на догоспітальному і госпітальному етапах вторинного рівня надання спеціалізованої медико-психологічної (і в першу чергу психотерапевтичної) допомоги такі:

- клінічної стаціонарної діагностики з застосуванням комплексних патопсихологічних методів діагностики, клінічного спостереження, залучення параклінічних, лабораторних, інструментальних методів діагностики, консультацій лікарів спеціалістів інших спеціальностей установ з третинного рівня, залучення наукових консультантів кафедр ВУЗ і НІІ по спеціальності «Психотерапія»;

- розробки і проведення індивідуального, для кожного пацієнта, плану лікування на основі «Клінічних протоколів» використовуючи сучасні і наукові методи медикаментозного і психотерапевтичного (індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням виявленого основного конфлікту, психологічних фак-

торів, преморбидності особистості, оцінки реабілітаційного потенціалу і прогнозу) лікування лікарями психотерапевтами (з участю психіатра при відсутності психотерапевта), клінічними психологами складають мультидисциплінарну бригаду, психообразовательна робота в спеціалізованих центрах третинного рівня;

- діагностики, оцінки, розробки і проведення індивідуального комплексного плану реабілітаційно-відновительного лікування направленої на зниження поширеності серед населення стійкої втрати спроможності, стійкого покращення стану здоров'я або одужання;

- проведення стаціонарної експертизи (соціальної, трудової, військової, судової, психологічної) по направленню установ охорони здоров'я, військових і судових органів, соціальних служб і експертних комісій;

- надання стаціонарної високоспеціалізованої допомоги пацієнтам з кризовими станами (пострадавшим в техногенних аваріях і катастрофах) взаємодіючи з кабінетом кризових станів і профілактики суїцидів.

Високо і узкоспеціалізована стаціонарна допомога надається клініками науково-дослідницьких інститутів психіатрії і психоневрології, які мають в своїй структурі високоспеціалізовані відділи (центри), використовуючі в своєму лікуванні високоспеціалізовані наукові і клінічні методи діагностики і лікування пацієнтів з стійкими і вираженими формами психічних, психосоматичних, психоневрологічних розладів.

**Науково-практична конференція
з міжнародною участю**

**«АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ КЛІНІЧНОЇ,
СОЦІАЛЬНОЇ ТА СУДОВОЇ ПСИХІАТРІЇ
В УКРАЇНІ»**

**19-20 квітня 2012 року
м. Донецьк**

ТЕЗИ

**Абрамов В.А.¹, Бєро М.П.², Грачев Р.А.³, Никифоров Ю.В.⁴,
Смаль Ю.И.⁵, Студзинский О.Г.^{6**}**

¹Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

²Областная клиническая психоневрологическая больница-медико-психологический центр г. Донецк

³ДОКМО, ⁴Ждановская ОКПБ, ⁵Славянская ОПБ,

⁶Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк

КОНЦЕПЦИЯ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В РАМКАХ РЕФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ*

1. Введение.

На протяжении последних 10 лет психиатрическая и психотерапевтическая службы Донецкой области находятся в процессе активного реформирования. В рамках реформирования психиатрической службы в аспекте ее сокращения путем реструктуризации из общепсихиатрических учреждений в психотерапевтическое, психоневрологическое, был создан ОКПНБ — Медико-психологический центр, как основное учреждение для оказания высокоспециализированной психотерапевтической, медико-психологической и психоневрологической помощи. В структуре клинических высокоспециализированных психиатрических больниц созданы узкоспециализированные центры (медико-социальной реабилитации, патологии влечений, первичной диагностики и интенсивной терапии, экспертно-диагностический, геронтопсихиатрический, детский центр психического здоровья, отделение для принудительного лечения, центр судебно-психиатрической экспертизы и соматопсихиатрической патологии) в соответствии с современными потребностями и тенденциями к оптимизации службы. В крупнейшем многопрофильном учреждении области (ДОКМО) открыто отделение семейно-психоневрологического консультирования — сексологии и психотерапии, созданы психотерапевтические кабинеты в центре материнства и детства и в противоопухолевом центре.

Дальнейшее совершенствование качества оказания психиатрической и медико-психологической (в т.ч. психотерапевтической) помощи населению Донецкой области требует сохранения существующего кадрового потенциала психиатрической и психотерапевтической служб; изменения нагрузки на медицинский персонал путем коррекции расчета штатных нормативов медицинского, педагогического и др. персонала специализированных (психиатрических и психотерапевтических) лечебно-профилактических учреждений, в том числе и детских; организации работы с пациентами по принципу мультидисциплинарных бригад с введением новых должностей (социальный работ-

ник, реабилитолог), перехода от устаревших (тоталитарных) форм организации оказания психиатрической помощи (диспансеров, организационно-методических отделов) к более гуманистической, личностно-ориентированной — с использованием современных технологий при осуществлении диагностического, лечебного и реабилитационного этапов.

Психиатрическая помощь оказывается на основании закона Украины «О психиатрической помощи» и является не только узкоспециализированной медицинской проблемой, но и социально значимой, оказывающей влияние на здоровья населения, она требует особого подхода в процессе реформирования. Также, необходимо учитывать, что ряд действующих приказов МЗ Украины (приказ МЗ Украины № 33 от 23.02.2000г. «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я»; приказ МЗ Украины № 385 от 28.10.2002г. «Про перелік закладів охорони здоров'я» и других нормативно-правовых документов), регламентирующих оказание психиатрической помощи, не соответствуют требованиям, предъявляемым к организации, уровню и качеству оказания психиатрической помощи. В настоящее время возникла необходимость в изменениях и дополнениях в нормативно-правовой базе.

2. Общие положения.

Организация оказания психиатрической, медико-психологической (в т.ч. и психотерапевтической**) помощи, основывается на принципах приближенности психиатрической и психотерапевтической помощи к населению (доступности) её соответствие современному уровню научных знаний; необходимости и достаточности лечебных мероприятий с минимальными социально-правовыми ограничениями; ступенчатости (осуществление психиатрической и психотерапевтической помощи на различных уровнях); преемственности (взаимосвязь учреждений различного уровня по вопросам объема оказания специализированной помощи, ведения учетных форм медицинской документации, оказания консультативной, диагностической и лечебной помощи); законности, гуманности, добро-

*В данной публикации представлен краткий вариант общей концепции реформирования организации системы оказания психиатрической и медико-психологической (в т.ч. психотерапевтической) помощи в рамках реформирования системы здравоохранения не затрагивает систему организации оказания медико-социальной экспертизы, судебно-психиатрической, наркологической и детской психиатрической помощи.

**Материал статьи подготовлен при участии врачей-психиатров, психотерапевтов Басовой Т.Ю., Волобуева В.В., Госюка И.М., Малтапар О.К.

*****Психотерапевтическая помощь** — комплекс специальных мероприятий и клинко-психологических техник, направленных на диагностику симптомов психических расстройств, их значения в жизни больного, а также на преодоление дезадаптивных отношений, терапию нарушения эмоций и поведения, с целью уменьшения дистресса и улучшение социальных взаимоотношений у лиц с острыми и хроническими клинко-психологическими расстройствами, а также на реабилитацию больных и инвалидов.

вольности, соблюдения прав и свободы человека и гражданина; взаимодействия с государственными, негосударственными и общественными организациями по вопросам охраны психического здоровья населения.

2.1. Первичную медицинскую помощь в области охраны психического здоровья населения предусматривает оказание в Центрах ПМСП семейным врачом, в следующем объеме:

- предварительная диагностика, которая предусматривает — использование скрининг тестов для экспресс диагностики признаков психических расстройств основанные на международных схемах беседы с пациентом (программы адаптированной для первичной медицинской помощи по МКБ –Х п. РНС) и других методик, оценка выраженности, тяжести и определение порядка (неотложной, экстренной, плановой) помощи, выбор уровня и вида оказания помощи и оформление направления;

- плановое направление к специалисту (психиатру, психотерапевту, психологу), в зависимости от симптоматики, с целью первичной диагностики психических расстройств, выписка рекомендуемых рецептурных препаратов;

- направление пациентов с выраженными психическими расстройствами, тяжелыми непсихотическими расстройствами на стационарное лечение для оказания специализированной и высокоспециализированной помощи, направление на стационарное лечение пациентов с известным анамнезом (повторных) для планового курсового или реабилитационно-восстановительного лечения с выбором уровня помощи;

- оказание неотложной помощи для пациентов, не требующих госпитализации, предусматривает — оказание психологической помощи и поддержки, в том числе и семейной, в психогенных ситуациях семейного и личного характера, привлечение помощи практического психолога, направление к психотерапевту в кабинет медико-социальной и психотерапевтической помощи вторичного уровня;

- организация неотложной госпитализации пациентов с острыми признаками психических расстройств (психотических состояний с угрозой для жизни пациента и его окружения, как повторных, так и первичных, и при невозможности пациентом самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности на уровне, который обеспечивает его жизнедеятельность), путем взаимодействия с бригадами скорой медицинской помощи, в том числе взаимодействие с органами местного самоуправления и милиции для организации оказания неотложной помощи, знание и соблюдение « закона Украины о психиатрической помощи»;

- участие в реабилитационных мероприятиях предусматривает — участие и контроль над выполнением запланированного врачом психиатром (психотерапевтом), индивидуального плана реабилитационно-восстановительного лечения (ИПР), привлечение необходимого круга специалистов участников реабилитационного процесса (полипрофессиональной бригады), знание законодательной базы (Закон Украины о реабилитации инвалидов);

- обеспечение профилактических мер предусматривает — овладение методами семейной и социальной психопрофилактики, применение данных методов в пропаганде здорового образа жизни, взаимо-

действие с кабинетами и центрами медико-социальной и психотерапевтической помощи вторичного уровня, участие в создании групп само — и взаимопомощи для пациентов и их семей;

2.2. На вторичном уровне специализированную психиатрическую и медико-психологическую (в т.ч. психотерапевтическую) помощь оказывают в амбулаторных и стационарных условиях, согласно закона Украины «Про психіатричну допомогу» и другими законодательными, нормативно-правовыми актами.

2.2.1. Амбулаторная психиатрическая, медико-психологическая (в т.ч. психотерапевтическая) помощь, оказывается:

- специализированным психиатрическим центром по оказанию консультативно-диагностической и лечебно-реабилитационной помощи;

- психиатрическим кабинетом консультативно-диагностического отделения психиатрической больницы (окружной);

- психиатрическим кабинетом консультативно-диагностической поликлиники высокоспециализированного психиатрического учреждения третичного уровня помощи, дополнительно выполняющей функцию окружной больницы, которые размещаются на втором уровне;

- отделениями дневного стационара психиатрических больниц, которые могут располагаться и/или в многопрофильном соматическом ЛПУ;

- специализированным психиатрическим центром (кабинетом) для предоставления мультидисциплинарной комплексной медицинской, психотерапевтической, коррекционно-педагогической помощи детям. В состав мультидисциплинарной бригады входит врач-психиатр детский, психолог, медицинская сестра, логопед, коррекционный педагог, реабилитолог. Центры могут создаваться отдельно, в структуре психиатрической службы, или в структуре многопрофильных больниц вторичного уровня;

- психотерапевтическим отделением высокоспециализированного психоневрологического учреждения — медико-психологического центра с кабинетами медико-психологической, психотерапевтической помощи, оказывающее как специализированную (вторичную), так и высокоспециализированную (третичную) консультативную, диагностическую и лечебную помощь пациентам с пограничными психическими расстройствами и кризисными состояниями, располагающиеся в консультативно-диагностическом отделении многопрофильной больницы. Функция данного кабинета определена «Типовым положением про кабинет медико-психологической и психотерапевтической помощи»;

- кабинетами и учреждениями других форм собственности.

2.2.2. Стационарную психиатрическую помощь на вторичном уровне оказывают в психиатрических (однопрофильных) больницах планового лечения или специализированных психиатрических медицинских центрах — окружных психиатрических больницах, с отделениями для лечения острых и хронических психотических состояний, сестринского наблюдения и геронтопсихиатрическим отделением, в плановом и экстренном порядке.

2.3. На третичном уровне высокоспециализированная, преимущественно клиническая психиатричес-

кая, медико-психологическая (в т.ч. психотерапевтическая****) помощь оказывается:

2.3.1. В амбулаторных условиях:

— консультативно-диагностическими центрами высокоспециализированных психиатрических учреждений третичного уровня оказания помощи;

— консультативно-диагностическим центром высокоспециализированного психоневрологического учреждения третичного уровня оказания помощи, в структуру которого входят:

1. кабинет кризисных состояний и профилактики суицидов*****;

2. дневной стационар, который может быть в структуре консультативно-диагностического подразделения;

3. психолого-психотерапевтические бригады постоянной готовности, оказывающие помощь пострадавшим и членам их семей при техногенных авариях и катастрофах и кризисных ситуациях;

4. полипрофессиональные бригады (врач-психиатр, врач-психотерапевт, клинический (медицинский) психолог, специалист по социальной работе), оказывающие помощь в лечении пограничных психических расстройств;

5. бригада асертивного лечения*****.

— психотерапевтическим отделением высокоспециализированного психоневрологического учреждения — медико-психологического центра с кабинетами медико-психологической, психотерапевтической помощи*****, оказывающее высокоспециализированную консультативную, диагностическую и лечебную помощь пациентам с пограничными психическими расстройствами и кризисными состояниями, располагающиеся в консультативно-диагностическом отделении многопрофильной больницы.

— высокоспециализированные (поликлинические и дневной стационар) центры, отделения, кабинеты в структуре многопрофильных учреждений третичного уровня оказания медицинской помощи (отделение семейно-психоневрологического консультирования

— сексологии и психотерапии, ДОКТМО, психотерапевтическое отделение с телефоном доверия в региональном центре «Охраны материнства и детства», психотерапевтический кабинет в Областном противоопухолевом центре).

В консультативно-диагностическое отделение высокоспециализированного учреждения третичного уровня оказания психиатрической и медико-психологической (в т.ч. психотерапевтической) помощи врачами-специалистами вторичного и третичного уровня могут направляться пациенты с целью консультативно-диагностического обследования (в т.ч. и с целью решения вопроса о необходимости оказания стационарной помощи).

2.3.2. Стационарная высокоспециализированная психиатрическая, медико-психологическая (в т.ч. психотерапевтическая) помощь оказывается:

— государственными и коммунальными высокоспециализированными клиническими психиатрическими учреждениями с центрами (первичного психотического эпизода, аффективной патологии, эпилептологический, медико-социальной реабилитации пациентов с тяжелыми психическими расстройствами, центром для принудительного лечения с усиленным наблюдением, соматопсихиатрической патологии, и другими узкоспециализированными центрами, детской психиатрии);

— государственным и коммунальным высокоспециализированным клиническим психоневрологическим учреждением с отделениями медико-психологической и социальной реабилитации инвалидов с психическими расстройствами, психоневрологическим отделением кризисных состояний, психоневрологическим отделением с пограничными и психосоматическими психическими расстройствами.

Оказание помощи в неотложном порядке осуществляется вне зависимости от наличия направления согласно статье 11 Закона Украины «Про психіатричну допомогу».

******Высокоспециализированная стационарная психиатрическая, медико-психологическая (в т.ч. психотерапевтическая) помощь** осуществляется с использованием высокотехнологических методов диагностики, лечения и предоставляется пациентам с первичными психическими и психоневрологическими расстройствами, выраженными формами психических расстройств резистентных или малоэффективных к проводимому лечению на догоспитальном этапе вторичного уровня оказания специализированной психиатрической, медико-психологической (в т.ч. психотерапевтической) помощи.

*******Кабинет кризисных состояний и профилактики суицидов** — является структурным подразделением высокоспециализированного психоневрологического учреждения третичного уровня, оказывающее профилактическую и лечебно-диагностическую помощь лицам в кризисных состояниях и с различными формами суицидального поведения.

*******Бригады асертивного лечения подразделяются на 2 вида:**

Психиатрическая бригада асертивного лечения — является штатным подразделением высокоспециализированного психиатрического учреждения третичного уровня, которое оказывает комплексную внебольничную выездную психиатрическую помощь лицам с тяжелыми психическими заболеваниями, их поддержки и реабилитации, для лиц с терапевтически резистентной симптоматикой тяжелых психических заболеваний и с наиболее выраженными функциональными нарушениями.

Психотерапевтическая бригада асертивного лечения — входит в состав кабинета кризисных состояний и профилактики суицидов высокоспециализированного психоневрологического учреждения третичного уровня, которое оказывает неотложную выездную психолого-психотерапевтическую помощь лицам в кризисных состояниях и с различными формами суицидального поведения.

*******Кабинет медико-психологической, психотерапевтической помощи** — это структурное подразделение психотерапевтического отделения высокоспециализированного психоневрологического учреждения третичного уровня оказания помощи, которое осуществляет работу по выявлению, лечению и реабилитации больных с пограничными психическими состояниями, кризисными состояниями, пострадавших в результате техногенных аварий и катастроф с привлечением к участию в реабилитационном процессе членов их семей. В приказе МЗ Украины № 33 от 23.02.2000г., этот кабинет обозначен как психотерапевтический, но в аспекте его функций и в рамках его компетенции по реабилитации, направлены в МЗ Украины предложения по переименованию его в кабинет медико-психологической психотерапевтической реабилитации.

УДК 616.89:614.21(477)

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

КОНЦЕПТУАЛЬНЫЕ И МИРОВОЗЗРЕНЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕФОРМИРОВАНИЮ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В УКРАИНЕ

Закон Украины от 07.07.2011 г. «Про порядок проведений реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві» является основой для существенного усовершенствования оказания психиатрической помощи.

Качественно новая система психиатрической помощи предполагает замену традиционно устоявшихся, но мало эффективных форм, на научно признанные модели, которые, помимо структурной реорганизации, включают новые подходы к содержанию лечебно-диагностического процесса, реально влияющие на качество жизни пациентов. Однако, построение научных теорий, обосновывающих ту или иную модель организации психиатрической помощи, связано со значительными трудностями в связи с гипотетическими представлениями о природе (этиологии, патогенезе) большинства психических расстройств, консенсусным (теоретическим) характером классификационных подходов, отсутствием чётких критериев эффективности психиатрической помощи, непреодолимыми противоречиями и невозможностью баланса между необходимостью мер, направленных на защиту общества от посягательств со стороны пациентов и моральной неприемлемостью изоляции и дискриминации больных.

Возможность преодоления этих трудностей и противоречий связана исключительно со сферой доказательной психиатрии, которая опирается на эмпирические факты, отражающие целостные представления о структурно-функциональной организации психиатрической помощи. В основу этих представлений и концептуальных подходов к созданию качественно новой системы психиатрической помощи, на наш взгляд могут быть положены следующие факты:

В возникновении и развитии психических расстройств принимают участие биологические, личностно-психологические и социальные факторы.

Целостное представление о пациенте возможно только при использовании многоосевого подхода к

диагностике с определением уровня функциональной недостаточности больного, индивидуальных ресурсов личности и возможности социальной поддержки.

Результат (эффективность) лечения и качество жизни больного непосредственно связаны с использованием мультимодального интегративного медико-социального вмешательства.

Уровень стигматизации и самостигматизации больного в значительной степени определяющий клинический и социальный прогноз больных и качество их жизни, является критерием разнообразия и интенсивности дегуманизирующих психиатрических вмешательств.

Уровень социальной опасности больных и безопасность общества при оказании психиатрической помощи имеют мультифакторную обусловленность и в большей мере связаны с качеством психиатрической помощи, чем с особенностями психопатологических расстройств.

Исходя из этого, новая модель организации психиатрической помощи должна предусматривать не только структурные изменения, но и изменения концептуальных и мировоззренческих подходов к её содержанию. Все элементы структурно-функциональной реорганизации психиатрических служб будут действенными и эффективными только в случае использования новой парадигмы психиатрической помощи включающей:

- создание дестигматизирующих условий оказания психиатрической помощи;
- ориентацию на ценностно-гуманистические, личностно-центрированные подходы к лечебно-диагностическому процессу;
- использование диагностических конструкций, отражающих целостное представление о пациенте;
- интегративные терапевтические подходы, нацеленные на восстановление социальной компетентности больных и их интеграцию в сообщество.

УДК 616.89-008.1-08-039.34-059

Абрамов В.А., Ряполова Т.Л., Жигулина И.В.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ВОССТАНОВИТЕЛЬНО-РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ — ОСНОВА ТРЕТИЧНОГО УРОВНЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

В соответствии с Законом Украины «О внесении изменений в основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования оказания медицинской помощи» каждый гражданин имеет право на получение в государственных и коммунальных заведениях здравоохранения бесплатной третичной медицинской помощи.

Третичный уровень психиатрической помощи (ПП) предполагает использование высокоспециализированных восстановительно-реабилитационных

технологий, ориентированных на выздоровление. Это комплексная восстановительно-реабилитационная помощь больному, проводимая в стационарных и амбулаторных условиях и системно соответствующая международным требованиям, адаптированным к национальным стандартам. Восстановительно-реабилитационное лечение психических расстройств — это специфический, ресурсосберегающий вид деятельности, имеющий собственную методологию, цели, понятийный аппарат, стратегию, методы, требующие

спеціальної підготовки персоналу і відповідних умов для адекватного його проведення.

В отличие от психосоциального лечения, предусмотренного клиническими протоколами оказания психиатрической помощи, использующего неспецифические формы занятости и психотерапевтических воздействий и направленных на «смягчение» стигмы и неблагоприятных изоляционно-ограничительных эффектов психиатрического вмешательства, система специфических и долговременных восстановительно-реабилитационных воздействий в условиях и объемах, приближающихся к естественной среде, и направлены на восстановление интегративных функций личности, продуктивной жизнедеятельности и социальную интеграцию больных.

К основным аргументам в пользу отнесения системы восстановительно-реабилитационного лечения к третичному уровню помощи относятся:

1. В отличие от соматической медицины, восстановительно-реабилитационное лечение при оказании ПП, является единственным доказанным и приоритетным подходом, обеспечивающим функциональное восстановление больного и восстановление способности реализовать свой потенциал.

2. Система восстановительно-реабилитационного лечения предполагает использование сложных технологий, основанных на знаниях психологии, социальной психологии, социологии, педагогики, психотерапии, гуманитарного сервисного обслуживания и др.

3. Как совокупность сложных медико-социальных технологий, система восстановительно-реабилитаци-

онного лечения, выходит за рамки возможностей: а) традиционной медицинской модели ПП, не ориентированной на выздоровление больного; б) общепсихиатрических отделений с ограничительно-изоляционно-стигматизирующими условиями работы; в) реальных возможностей вторичного уровня ПП.

Таким образом, третичная (высокоспециализированная психиатрическая помощь) — это интегративная, личностно-ориентированная ценностно-гуманистическая восстановительно-реабилитационная модель психиатрической помощи. Она реализуется через механизмы:

— права пациента на реабилитацию и социальную интеграцию;

— индивидуальной программы реабилитации больного;

— максимального использования ресурсов (реабилитационного потенциала) пациента и его окружения;

— предоставления пациенту полномочий и обретения им значимых социальных целей;

— преодоления стигмы тяжелой болезни и других источников травматизации;

— восстановления чувства собственной ценности;

— минимизацию стигматизирующих и негативных социальных последствий предшествующего психиатрического вмешательства;

— восстановления интегративных функций личности;

— восстановления способности и возможности жить продуктивной удовлетворяющей жизнью; предотвращение ранней инвалидизации.

УДК 616.89

Алієва Т.А.

ХМАПО, кафедра психотерапії

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД СТУДЕНТІВ — ІНВАЛІДІВ З ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

Зараз в Україні склалася ситуація, коли відсутність резервів психічного і фізичного здоров'я, високий рівень психоемоційного напруження призводить до масових розладів адаптації у населення студентства, де студенти-інваліди займають особливе місце і є самою незахищеною групою. Актуальність удосконалення профілактики, діагностики та лікування розладів адаптації у студентів-інвалідів пов'язана з їх соматизацією (Т.М. Потапова, 2007; В.Л. Гавенко, 2004), зниженням працездатності та якості життя і здоров'я (І.І. Кутько, Н.О. Марута, 2010; Г.Н. Корінко, 2011), що підкреслює медико-соціальну значимість наукових робіт цієї проблематики.

При цьому зближення методологічних підходів теоретичних та прикладних клінічних дисциплін відкриває перспективи вирішення проблемних питань первинної та вторинної профілактики, стратифікації ризику, діагностики і медико-психологічної корекції студентів-інвалідів (В.А. Абрамов, Д.С. Лебедев, 2005; Н.Г. Пшук, 2008; М.В. Маркова, 2009).

Студенти-інваліди з порушеннями серцево-судинної системи у першу чергу потребують медико-психо-

логічної корекції емоційного стану та подальшого супроводу (Б.Д. Карвасарський, 2001; В.С. Підкоритов, Ю.Ю. Чайка, 2003; Л.М. Юр'єва, 2004; С.І. Табачников, 2008; І.О. Бабюк, 2009; В.Д. Мішиєв, А.І. Герасименко, 2009; О.С. Чабан, М.В. Маркова, О.О. Хаустова, О.Ю. Жабенко, 2010; О.К. Напреев, 2011; А.М. Скрипніков, 2011).

Було встановлено, що у студентів-інвалідів спостерігається поєднання загальних факторів — дезадаптації, властивої студентам при вступі до ВНЗ й специфічних, зумовлених функціональним дефіцитом у студентів з інвалідністю. Все це обумовило мету дослідження, якою було на основі вивчення клініко — психологічних і патопсихологічних особливостей порушення емоційної сфери та когнітивних функцій у студентів-інвалідів з захворюваннями серцево-судинної системи розробити систему їх медико-психологічної корекції. Нами було досліджено 97 студентів — інвалідів з захворюваннями серцево — судинної системи. Були встановлені варіанти клінічних психологічних реакцій дезадаптації і невротичних розладів з переважанням емоційних порушень тривожно — депресивного спек-

тру. Були визначені провідні патопсихологічні ланки цих порушень і принципи побудови системи психологічної корекції.

Також було проведено психологічне вивчення і діагностування когнітивних процесів особи. Встановлена багаторівнева взаємодія порушень емоційної сфери як детермінанти поведінкових відхилень і зниження рівня когнітивних функцій, внаслідок де-

термінуючих фізичних дефектів (недостатній кровообіг мозку), які можуть знаходитися в стані вікової норми або вище вікової норми, внаслідок гіперкомпенсаторних механізмів. Була розроблена програма медико-психологічної корекції та психосоціальної реабілітації студентів-інвалідів з порушеннями серцево-судинної системи і апробована в Харківському районі.

УДК 616.89-008.442-06:616.89-008.485-055.1

Андрух Г.П., Добростомат У.Н.

кафедра психотерапії ХМАПО

Городская клин. больница скорой и неотложной помощи, г. Харьков

ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОГЕНЕЗА У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ И ЕГО МОДЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Мишенью психотерапии в отношении различных видов наркоманий является прежде всего эмоциональная сфера, поскольку как вовлечение, так и поддержание тяги к ПАВ базируется на принципе гедонизма и затрагивает прежде всего эмоциональный гомеостаз индивида.

Под *эмоциогенезом* понимается количественная и качественная совокупность процессов эмоционального гомеостаза в его онтогенетическом (стадиальность) и повседневном (функционирование) выражении. Под эмоциональным гомеостазом при этом понимается постоянный уровень эмоций (эмоциональный фон), присущий человеку в его обычном бодрственном состоянии и определяющий психосоматическое состояние «нормы» при взаимодействии данного человека с окружающим миром. При зависимости от ПАВ состояние эмоционального гомеостаза нарушается: с одной стороны, формируется по-

стоянное побуждение к повторению опыта эмоционального удовольствия, эйфории, с другой — стремление вернуться к обычному уровню эмоционального равновесия. *Модельными* полагаются те расстройства, которые отвечают критериям клинико-семиотической завершенности и качественной специфичности.

В результате употребления различных видов ПАВ формируются четыре сложно организованных и иерархически подчинённых вектора: — вектор первый (*экзогенный*): эйфория различной структуры и частоты возникновения в результате применения наркотического средства; — вектор второй (*семиотический*): функциональные эмоциональные нарушения; — вектор третий (*патоперсоналогический*): специфическая эмоциональная дефицитарность; — вектор четвёртый (*динамический*): интронизация эмоциональных переживаний.

УДК 616.89-008:617.7-001.4

Абдриямова Ц. Б.

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

ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ ВИВЧЕННЯ ПРОБЛЕМИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я У ОСІБ З ЧАСТКОВОЮ ВТРАТОЮ ЗОРУ ТРАВМАТИЧНОГО ГЕНЕЗУ

Неухильне зростання числа інвалідів внаслідок часткової втрати зору є однією з актуальних проблем, що залежить від безлічі медичних та соціально-економічних чинників і вимагає комплексного підходу для свого рішення. Втрата зору у дорослої людини призводить до певної перебудови психіки та поведінки. У разі травматичного генезу втрати зору цей процес супроводжується різко негативними психологічними проявами, наявністю внутрішнього дискомфорту і страху (М. Є. Литвак 1993, 2006; А. Я. Неумывакин, Е. И. Гилилов, 2001). Дослідженнями тифлопсихології встановлено, що у психологічному стані будь-якої людини, яка

страждає на захворювання очей, незалежно від ступеня загрози втрати зору, завжди присутній страх стати сліпим (В. А. Момот, 2006; К. J. Nauman et al, 2007; О. М. Шорихина, 2010).

За даними російських дослідників, за найближчий 12-річний період кількість молодих людей (в основному, чоловіків), що втратили зір внаслідок травм, збільшилась у 2,6 рази (О. А. Хабрієва, 2002). Питома вага з них потребують надання спеціалізованої психіатричної допомоги з метою оптимізації їх адаптаційних здібностей в соціальній сфері життєдіяльності. Крім того, наявність травматичної події, внаслідок якої

виникла втрата зору, провокує розвиток психічних порушень, клінічне аранжування яких здебільшого має ознаки гострої реакції на стрес.

Однак, не дивлячись на безперечну актуальність проблеми, психічні порушення у хворих з офтальмопатологією, зокрема, з частковою втратою зору травматичного ґенезу, вивчені недостатньо. У літературі зустрічаються поодинокі відомості про пограничні психічні розлади у сліпих і пацієнтів зі значним зниженням зору, які переважно представлені невротичними або неврозоподібними станами з вираженим астеничним синдромом, дратівливістю, головним болем, запамороченням (В. Гудонис, 1996, 1999; М. А. Богданович, 2007; О. А. Кириллова, 2007). В. Ф. Матвеев (1987), який займався вивченням психічних порушень при вродженій та набутій сліпоті, описує у цих хворих неврози, невротичні реакції зі схильністю до затяжного перебігу і особистісні девіації та обов'язкове вегетативно-судинне тло, що супроводжує емоційні порушення.

Між тим, переживання сліпоти, навіть часткової, негативно впливає на всі сфери життєдіяльності людини: трудову, сімейну, неформальне спілкування. У багатьох випадках людина, хоча б частково, втрачає працездатність, що стає додатковим психотравмуючим чинником (В. П. Ермаков, Г. А. Якунин, 2000; А. Б. Дороднев, 2008). Також знижується рівень сімейного функціонування, змінюються форми проведення вільного часу.

Часткова втрата зору призводить до зниження мобільності та свободи людини, зменшення інформації, яку вона отримує. Крім того, деякі дослідники відмічають виникнення когнітивного дефіциту внаслідок зниження можливостей пам'яті, уваги та мислення, що додатково обмежує можливості праці та міжособистісної взаємодії (В. Будонис, 1999).

Вищеперелічене призводить до переживання власної неспроможності, безпорадності (А. М. Кондратов, 1990), зниження самооцінки (Т. Н. Кондюхова, 2004) та погіршення якості життя, що ще більше провокує невротизацію пацієнтів.

Між тим, не дивлячись на актуальність вищенаведеного та наявні здобутки тифлопсихології, на теперішній час у психіатричному науковому просторі та реальній клінічній практиці відсутні дослідження, спрямовані на вивчення предикторів, механізмів розвитку неспсихотичних психічних розладів у осіб, що частково втратили зір внаслідок травми та визначення шляхів їх нівелювання та превенції. Як наслідок, не розроблена дієва система діагностики та лікування даних розладів, кінцевою метою якої було б покращення якості життя та адаптація пацієнтів до наявного рівню функціонування.

Враховуючи вищенаведене, нами розпочата робота з всебічного системного вивчення причин та механізмів розвитку неспсихотичних психічних розладів у пацієнтів з частковою втратою зору травматичного ґенезу, на основі чого буде розроблено систему їх діагностики, лікування та психопрофілактики.

УДК 616.89-008.441.44:616.895.4+615.851

Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Малихіна Н.А.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», м. Харків

ПСИХОТЕРАПІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Відомо, що ендегенні депресивні розлади супроводжуються високим ризиком суїцидальної поведінки. При цьому діагностика можливої суїцидальної поведінки ускладнена внаслідок того, що пацієнти приховують свої хворобливі переживання, особливо це стосується саме суїцидальних намірів. Тому своєчасне прогнозування та діагностика прихованого суїцидального ризику є актуальною проблемою сучасної психіатрії.

Нами було розроблено та видано методичні рекомендації по застосуванню методики «Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади». Перевагами цієї методики є: 1) відсутність прямих запитань стосовно суїцидальних намірів, що є важливим в тих випадках, коли хворий їх приховує від оточуючих; 2) можливість визначення тих особистісних характеристик та способів прояву агресії, що є переважними у формуванні суїцидальної поведінки хворого; 3) визначення мішеней психотерапевтичних

заходів у кожному конкретному випадку. Задля профілактики повторної суїцидальної поведінки цю методику було застосовано для психодіагностичного обстеження на початку та наприкінці лікування у 23 хворих на ендегенні депресивні розлади, які потрапили на лікування у ХОКПЛ № 3 після скоєння суїцидальної спроби.

Результати, що були отримані на початку лікування свідчили про наявність деяких особливостей у прояві агресивних імпульсів. Так, для цих хворих переважним способом прояву агресії виявилось відчуття провини $87,5 \pm 2,8 \%$, при низькому рівні вербальної та фізичної агресії. Таким чином вектор спрямованості агресивних імпульсів було спрямовано на себе, що було критерієм високого ризику повторного суїциду. Хворі цієї групи продемонстрували високий рівень нервово-психічної нестійкості $85,2 \pm 2,1 \%$, наявність психастеничної акцентуації характеру та загострень шизоїдних рис. Для них були характерні замкнутість,

знижений інтерес до реальної дійсності, песимістичність. Низький рівень інтернальності у сфері сімейних відносин ($33,3 \pm 1,4$ %) свідчив про відсутність однієї з сильних мотивацій не йти з життя. Він супроводжувався відчуттям нікчемності, безпорадності. Хворі стверджували, що не тільки не справляються зі своїми сімейними обов'язками, а являються тягарем для оточуючих. Це було одним з чинників у формуванні суїцидальної поведінки.

На фоні фармакотерапії було застосовано когнітивно-поведінкову психотерапію з урахуванням отриманих даних. Когнітивний вплив було спрямовано на усунення ідей самозвинувачення, адекватного сприйняття пацієнтом проявів його стану та реальної ситуації з формуванням віри пацієнта в своє успішне лікування; підвищення відчуття відповідальності за своїх близьких. Поведінкове втручання було особливо важливим на початкових стадіях терапії. Особливо це стосувалося пацієнтів з наявністю в клінічній картині ру-

хової та ідеаторної загальмованості, апатії та ангедонії. Вона включала в себе планування щоденної активності хворих з виконанням завдань, які поступово ускладнювалися.

Після лікування спостерігалось достовірне зниження рівня нервово-психічної нестійкості до $67,2 \pm 2,6$ %, показника відчуття провини до $51,3 \pm 3,4$ % ($p < 0,01$). Разом зі зменшенням показників за шкалами відчуття провини, образи та підозрілості спостерігалось збільшення рівня вербальної та фізичної агресії. Це свідчило о більшій здатності проявляти свої агресивні імпульси зовні, а не накопичувати в собі, направляючи проти своєї особистості. Спостерігалась зміна екстернальності на інтернальність по відношенню до членів своєї родини від $33,3 \pm 1,4$ % до $55,6 \pm 1,8$ % ($p < 0,01$).

Результати психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження свідчили про зниження ризику повторного суїциду, що свідчило про ефективність лікування.

УДК: 616.89 — 008.441.44:616.895.4 — 07

Бачериков А.М., Ткаченко Т.В., Матузок Е.Г., Лакінський Р.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

КОМПЛЕКСНА ТЕРАПІЯ В ПРОФІЛАКТИЦІ ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ХВОРИХ НА РЕАКЦІЮ НА ВАЖКИЙ СТРЕС І ПОРУШЕННЯ АДАПТАЦІЇ

Одним з найбільш небезпечних аспектів проблеми суїцидів є достатньо високий показник повторних суїцидів. Попередня суїцидальна спроба вважається одним з найбільш значущих предикторів завершеного суїциду. Тому метою роботи було вивчення клініко-психопатологічної картини та психодіагностичних особливостей хворих на реакцію на важкий стрес і порушення адаптації з суїцидальною поведінкою з метою розробки підходів комплексного лікування та профілактики повторного суїциду.

Нами було проведено комплексне дослідження 63 хворих з діагнозом реакція на важкий стрес і порушення адаптації (F43), які перебували на лікуванні в ХОКПЛ № 3 після скоєння суїцидальної спроби. Жінки склали 22 (34,92 %) обстежених, а чоловіки — 41 (65,08 %). Всі хворі були працездатного віку (від 21 до 50 років). Методи дослідження включали: клініко-психопатологічне дослідження з аналізом феноменологічної структури психопатологічних синдромів та психодіагностичне дослідження: шкала Спілбергера-Ханіна, методика «Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади», шкала Цунга для самооцінки депресії та шкала Монтгомері — Асберг (MADRS).

У всіх пацієнтів симптоми захворювання розвинулися безпосередньо після стресової події, які призвели до порушення соціальної і професійної адаптації. На основі даних анамнезу, клініко-психопатологічного дослідження були виділені наступні варіанти психопатологічної симптоматики: тривожно-депресивний (46,03 %), астено-тривожний (38,09 %), астеничний (9,53 %) і тривожно-фобічний (6,35 %) варіанти. На

основі психодіагностичного дослідження було виявлено наступне: за методикою «Діагностика прихованих суїцидальних намірів у хворих на психічні розлади» для обстежених було властиво накопичення агресивних імпульсів у вигляді реакцій образи $83,3 \pm 2,9$ % при низькій здатності до фізичної агресії $25,0 \pm 1,1$ %; низький рівень інтернальності в сімейних відносинах $22,2 \pm 0,9$ %; в характерологічному профілі переважаючими були психастенічна акцентуація характеру $82,3 \pm 1,8$ % та високий рівень нервово-психічної нестійкості $92,6 \pm 2,3$ %, це призводило до порушення адаптаційних механізмів та зростанню внутрішньої напруженості. Рівень депресивного стану за шкалами Монгомері — Асберг (MADRS) склав $37,8 \pm 6,0$ балів та за шкалою Цунга $75,4 \pm 4,3$ балів, рівень особистісної та реактивної тривожності — $50,38 \pm 3,26$ та $52,34 \pm 3,82$ балів відповідно.

В лікуванні було застосовано комплексний підхід з використанням медикаментозної терапії, краніоцеребральної гіпотермії та психотерапії.

Проведене лікування дало можливість поліпшити психічний стан пацієнтів, що підтверджується: зниженням рівня депресії до $19,49 \pm 2,92$ балів за шкалою MADRS та $42,76 \pm 3,24$ балів за шкалою Цунга ($p < 0,05$), зниженням рівня реактивної та особистісної тривожності до $34,82 \pm 3,14$ балів до $39,53 \pm 2,49$ балів відповідно ($p < 0,01$); підвищенням рівня інтернальності в сімейних відносинах до $44,5 \pm 1,7$ %, зниженням нервово-психічної нестійкості до $66,7 \pm 2,1$ %. Все це продемонструвало, що комплексний підхід до лікування хворих дозволяє знизити ризик повторного суїциду.

УДК 616.89

Беро М.П., Костенко Н.И.Областная клиническая психоневрологическая больница — Медико-Психологический Центр, г. Донецк
Управления по делам семьи и молодежи Донецкой облгосадминистрации**ОСОБЕННОСТИ РЕАКЦИЙ НА ТЯЖЕЛОЕ ТРАВМАТИЧЕСКОЕ СОБЫТИЕ
И ПТСР У ДЕТЕЙ РАЗНОГО ВОЗРАСТА**

О перенесении детьми названных возрастных категорий тяжелого травматического события свидетельствуют, помимо многого другого, такие характерные проявления, как доходящее в отдельных случаях до полного равнодушия снижение интереса к занятиям в школе и увлечениям; отстраненность от сверстников и плаксивость; наличие внезапных, на первый взгляд, абсолютно немотивированных, реакций страха, панических настроений; высокая степень тревожности; неосознаваемые повторяющиеся монотонные движения; резко повышенная возбудимость; проявление агрессии по отношению к окружающим людям, домашним и бездомным животным, игрушкам и т.д. Такие пациенты часто жалуются на беспокоящие их сильные головные боли; бессонницу; частые ночные пробуждения; кошмарные сны, в которых производится пережитое ими тяжелое травматическое событие; заметное ухудшение («провалы») памяти; неспособность сосредоточиться на выполнении привычных для них действий; отмечают у себя навязчивые мысли, вызванные случившимся с ними; снижение или даже полное отсутствие аппетита; чрезмерную осторожность; желание вновь и вновь принимать участие в играх, в которых «проигрывается» случившееся. Нередко у них может отмечаться симптом «флеш-бэк», т.е. красочные, эмоционально насыщенные, сопровождающиеся интенсивными переживаниями воспоминания о перенесенном тяжелом травматическом событии.

У детей подросткового возраста перенесенное тяжелое травматическое событие может также проявляться часто повторяющимися немотивированными перепадами настроения; отклонении в поведении; мыслями о самоубийстве, нередко сопровождающимися подготовкой к суициду, а в отдельных случаях и завершающееся таковым; непреодолимой тягой к алкогольным напиткам, различным наркотическим веществам, психотропным и другим медицинским препаратам.

Многолетние наблюдения позволяют сделать вывод о том, что тяжелыми травматическими событиями, пережитыми детьми подросткового возраста, яв-

ляются, в частности, неизлечимые заболевания как их самих, так и одного или обоих родителей, родных братьев и сестер; их преждевременный уход из жизни в результате таких ЧС, как техногенные аварии, катастрофы, несчастные случаи; конфликты между матерью и отцом, нередко усугубляющиеся расторжением брака; собственные конфликты таких детей с родителями, педагогами и сверстниками; физическое, в т.ч. и сексуальное, насилие со стороны родителей (равно как и незнакомых лиц, включая сверстников) или неоднократно повторяющиеся угрозы применения такого насилия. Помимо этого, дети обозначенного возраста, страдающие заболеваниями с острыми, периодически повторяющимися приступами, во время таких приступов испытывают страх смерти. Такой же страх способно вызвать у них известие о предстоящей им хирургической операции или госпитализация в медицинское учреждение.

Статистика показывает, что практически у каждого второго ребенка, ставшего жертвой сексуального насилия, диагностируется ПТСР, а у тех детей, которые страдают некоторыми заболеваниями с острыми, периодически повторяющимися приступами, данный показатель охватывает восемь из десяти человек.

В целом же, контингент детей младшего, среднего и подросткового возраста, страдающих ПТСР, традиционно подразделяется на две большие группы, одна из которых объединяет детей с ПТСР, вызванным тяжелым травматическим событием, а другая — детей с ПТСР, вызванным реакциями накопленного стресса.

Учитывая сказанное, считаем необходимым подчеркнуть, что при работе с детьми никогда не следует забывать, что многие из них ранее уже пережили тяжелое травматическое событие, и в силу этого у них отмечается повторение психической травмы. Незавершенное же травматическое переживание, как известно, нередко лежит в основе сформировавшегося у пострадавшего ребенка травматических паттернов, то есть устойчивых, систематически повторяющихся элементов поведения в окружающей обстановке.

УДК 616.89

Беро М.П., Нелюбин К.М.

Областная клиническая психоневрологическая больница-медико-психологический центр г.Донецк

**ОПЫТ И СТРАТЕГИЯ ПРОФОТБОРА И ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ
И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ РАБОТНИКАМ МОРСКОГО ФЛОТА**

Введение. В связи с интенсивным освоением морей и океанов человек морской профессии попадает в необычные для него условия жизнедеятельности к

отражению которых его психическая и психофизиологическая организация не были подготовлены ни в процессе онтогенеза, ни филогенеза.

Потребность в изучении социально-психологических, медико-психологических и психофизиологических проблем на флоте стимулируется теми негативными явлениями которые имеют место там сегодня — высокий травматизм и заболеваемость при отсутствии как правило возможности оказания своевременной врачебной помощи, рост смертности, в том числе и суицидов, неуклонный рост количества аварий и катастроф (чаще всего за счет «человеческого фактора»)

Действующий на данный момент Приказ МОЗ Украины №347 от 19.11.1996 г. «Об утверждении правил определения пригодности по состоянию здоровья на судах» требованиям времени отвечает в недостаточной степени, поскольку содержит подробный перечень исследований касающихся соматического здоровья и психофизиологического статуса, но все что касается психического здоровья заключено в одном расплывчатом показателе — устойчивость к воздействию стрессов.

Результаты и обсуждение.

В ходе исследований проводимых как в межрейсовых так и в рейсовых периодах:

- был составлен социально-психологический портрет моряка;

- выявлены наиболее значимые факторы, влияющие в условиях рейса на состояние психики и организм в целом;

- определены механизмы психологической защиты и модели поведения в экстремальных ситуациях;

- определена зависимость психофизиологических показателей от психологического состояния и наличия/отсутствия пограничной патологии — так у 75% лиц с невротизацией и расстройствами личности имело место снижение уровня психофизиологических показателей которые нормализовались в ходе лечения пограничной патологии и только у 25% снижение показателей было врожденным без сопутствующей патологии;

- выявлено что основной причиной роста заболеваемости и травматизма в рейсе является психологическое состояние, на которое в том числе, влияет и продолжительность рейса — так из 226 проанализированных заболеваний и травм с выраженной степенью тяжести 40 случаев наблюдалось в первые два месяца, 36 с третьего по четвертый, 63 с пятого по шестой и 89 после шестого месяца;

- подтверждено что на морально-психологический климат в экипаже в целом и на конфликтность отдельных лиц в частности влияют акцентуации личности характера и темперамента (в первую очередь возбудимый и застревающий типы) и продолжительность рейса.

Выводы и предложения.

Результаты многолетних исследований и наблюдений показывают необходимость комплексного клинического, психологического и психофизиологического обследования моряков начиная с их поступления в учебные заведения и заканчивая ежегодной медкомиссией плавсостава с целью выявления непригодных к этой работе лиц и отбора нуждающихся в психокоррекции, лечении и реабилитации.

Организовать систему пред рейсовой психологической и социально-психологической подготовки и комплектования экипажей.

Для моряков имеющих психологические, невротические и психофизиологические проблемы организовать систему комплексной медико-психологической помощи включающей в себя психокоррекционные (в том числе тренинговые), реабилитационные, а при необходимости лечебные мероприятия.

На примере опыта ОКПНБ-МПЦ г. Донецка желательно чтобы весь комплекс медико-психологических мероприятий начиная от профотбора и заканчивая лечением, от амбулаторного до стационарного уровня был выстроен в рамках одного лечебно-профилактического учреждения для обеспечения должной преемственности.

УДК 616.89

Беро М.П.

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

АЛГОРИТМ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ В ДОНЕЦКОЙ ОБЛАСТИ

С учетом опыта, накопленного в головном учреждении по оказанию психотерапевтической помощи населению Донецкой области, которым является ОКПНБ-МПЦ разработаны следующий алгоритм оказания этого вида помощи:

1. Психотерапевтическая помощь оказывается после уточнения клинического, психологического (патопсихологического, психолого-педагогического), психотерапевтического статуса пациента как в амбулаторных, так и в стационарных условиях при первичной встрече с пациентом.

- 1.1. Психическое состояние изучается при клинической беседе методом классического психиатрического интервью.

- 1.2. С помощью патопсихологического исследования, назначенного психиатром или психотерапев-

том, исследуются патопсихологические функции, которые по мнению врача-консультанта задействованы в развитии выявленных патопсихологических феноменов (например, при подозрении на органическое депрессивное расстройство уточняется состояние: памяти, внимания, целенаправленности мышления, степень выраженности нарушений в аффективной сфере. С этой целью проводятся исследования по шкалам Гамильтона, Зунга, тест FPI, Спилбергера-Ханина, таблицы Шульте, корректурная проба, тест на запоминание 10 слов) — см. приложение №2 методических рекомендаций «Организация психотерапевтической помощи в системе реабилитации больных и инвалидов с пограничными психическими расстройствами, кризисными состояниями и пострадавших в результате техногенных аварий и катастроф».

1.3. При выявлении расстройства, требующего психотерапевтического или сочетанной коррекции (психотерапевтическое и медикаментозное лечение), после получения информированного согласия пациенту сообщается диагноз, предлагается пройти углубленное психолого-психотерапевтическое исследование и решается вопрос о его проведении в амбулаторных, полустационарных или в стационарных условиях.

2. При принятии решения и получения информированного согласия для прохождения психотерапевтических процедур:

2.1. Проводится сбор психологического анамнеза (схема разработана в ОКПНБ-МПЦ)

2.2. Проводятся исследование по следующим осям: Ось I — «Восприятие болезни и предпосылки лечения», Ось II — «Отношения», Ось III — «Конфликт», Ось IV — «Структура личности».

2.3. После чего делаются предварительные выводы по выявлению основного конфликта, структуры личности.

3. В зависимости от установленного психотерапевтического диагноза с пациентом обсуждается (предлагается) метод психотерапевтического воздействия, коррекции (они зависят от клинических показаний, запроса пациента, техники, которой владеет психотерапевт, психиатр, психолог), планируется продолжительность терапии, обсуждается с пациентом его запрос на предполагаемый им результат. Каждый пациент имеет возможность получить от 1 до 3 видов психотерапии: суггестивная, психолого-педагогическая, психодинамическая с/без телесно-ориентированным воздействием. Оговоренное и согласованное с пациентом лечение заносится в «карту психотерапевтических методов лечения» (разработанном в

ОКПНБ-МПЦ), в котором отображается вид и кратность процедур, а также фиксируется в процедурном журнале (согласно утвержденным статформам).

3.1. Промежуточные результаты терапии обсуждаются на мультидисциплинарном СТАФе в отделении.

4. Эффективность терапии оценивается по опроснику «оценка контроля эффективности психотерапии». Результаты проведенной терапии отражаются в эпикризе или в выписке из медицинской амбулаторной или стационарной карты (статистические формы 025/у, 003/у).

5. Пациент может получать интервальную психотерапию в зависимости от клинических показаний, запроса пациента и от возможностей психотерапевтической службы по месту жительства (удаленность от Центра и т.д.). В некоторых случаях пациенты обучаются методам саморегуляции, метод «преодоления симптомов». Для инвалидов проводятся тренинги, направленные на социальную адаптацию в макро- и микросреде.

6. При работе с пациентами, которые нуждаются в решении трудо-экспертных вопросов и инвалидизации врач-психиатр, психотерапевт, психолог (мультидисциплинарная бригада) принимают участие в составлении индивидуальной программы реабилитации, а также проводятся дополнительные исследования по шкалам социальной адаптации и реабилитации.

7. Сложные случаи для диагностики и выработки плана психотерапевтической коррекции выносятся для обсуждения на «Дни специалиста», супервизионные семинары с привлечением профессоров кафедр психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии ФПО Донецкого национального медицинского университета.

УДК 616.89+616-086.6]-092

**Беро М. П., Беро С. Я., Васильева А. Ю., Доценко М. Б.,
Сорока В. В., Луговичкая Н. И.**
ОКПНБ-МПЦ, г. Донецк

О ВНЕДРЕНИИ РАБОТЫ ПОЛИПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ БРИГАДЫ ДЛЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Современный этап развития специализированной психиатрической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами отмечен отходом от узкоклинического подхода к психосоциальной реабилитации больных и повышению качества их жизни. Реабилитация этой группы пациентов представляет собой ресоциализацию, которая ставит перед психиатрической службой следующие актуальные задачи: 1) *диагностические*: медико-психологическая оценка психического состояния, выявление актуальных психологических проблем и потребностей пациента, выявление реабилитационного потенциала, отношение пациента к самому себе, к болезни, выявление сложных психотравмирующих ситуаций. Реализация диагностических задач позволяет сформулировать реабилитационный диагноз и построить реабилитационную программу с учетом индивидуальных особенностей каждого пациента; 2) *коррекционные*: разработка

комплекса необходимых реабилитационных мероприятий, возможность осознания и поиск адекватных способов эмоционального и поведенческого реагирования; 3) *реабилитационные*: повышение уровня осведомленности пациента и родственников о течении заболевания, оптимальной помощи, необходимой поддержке, что ведет к повышению комплаентности как самого пациента, так и его родственников; коррекция самооценки, раскрытие внутренних ресурсов, развитие и поддержка коммуникативных навыков, социальная реадaptация пациента.

Для решения этих задач в ОКПНБ-МПЦ с 2010 года начало функционировать отделение медико-психологической и социальной реабилитации пациентов с пограничными психическими расстройствами и инвалидов, где активно внедряется программа психосоциальной реабилитации больных с пограничными психическими расстройствами. В работе с пациентами

применяется бригадный метод лечения с участием психиатра, психотерапевта, медицинского психолога и социального работника. В своей работе бригада руководствуется разработанным индивидуальным комплексом лечебно-профилактических и социально-психологических мероприятий, направленных на повышение функциональных резервов здоровья пациента, страдающего психическим расстройством; динамически оцениваются и контролируются резервы психического здоровья. Для составления индивидуальных программ реабилитации и обеспечения дифференцированного подхода к выбору методов и средств восстановительного лечения различных контингентов больных с психическими расстройствами проводится экспериментально-психологическое исследование. Положительно себя зарекомендовали биологические методы лечения в сочетании с различными психосоциальными воздействиями, такими как психокоррекция, арттерапия, лечение средой, лечение занятостью, тренинги: социальных навыков, общения, уверен-

ного поведения, самоуважения, независимого проживания; психообразовательные программы для пациентов и их родственников, обучение стратегии совладания со стрессовыми ситуациями, семейная терапия. Психокоррекция направлена на восстановление и формирование нарушенных когнитивных, мотивационных, эмоциональных ресурсов личности для эффективного интегрирования психически больных в общество. Используются как индивидуальные, так и групповые формы психокоррекционной работы. Следует отметить, что все психосоциальные мероприятия проводятся в неразрывной связи с активной психофармакотерапией.

Возможности внедрения уже разработанных методов и использование инновационных подходов при осуществлении реабилитации позволяют не только получить практический опыт, но и оказывать пациентам с пограничными психическими расстройствами комплексную индивидуальную, наиболее соответствующую их потребностям помощь.

УДК 616.89+616-006.6]-084

Васильева А. Ю.¹, Бондарь В. Г.¹, Доценко М. Б.²¹ДонНМУ им. М.Горького, г. Донецк, ²ОКПНБ-МПЦ г. Донецк

ИНТЕГРАЦИЯ КОРРЕКЦИОННЫХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ

Одно из важнейших направлений современной психонкологии связано с выявлением, своевременной диагностикой и коррекцией психопатологических расстройств, снижающих качество жизни онкологических больных и рассматриваемых на современном этапе в ряду факторов, ухудшающих клиническое течение, прогноз и выживаемость. Значение психотерапии для пациенток со злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы определяется востребованностью интервенции психотерапевтических коррекционных программ в современную онкологическую практику. Основной целью психокоррекционных вмешательств является снижение уровня тревоги и депрессии, избавление пациенток от ощущения безнадежности, связанной с манифестацией, рецидивом и/или метастазированием онкологической патологии, помочь пациенткам более адекватно оценить значение психотравмирующих событий, преодолевать боль, пессимистическое восприятие сложившейся ситуации, связанной с болезнью, скорректировать иррациональные установки, выделить адекватные цели, мобилизовать усилия, редуцировать страх рецидива и смерти, сформировать новые перспективы вне болезни, а также коррекцию терапевтически неблагоприятных личностных особенностей пациенток и возвращение им их социально-ролевых функций (семейных, профессиональных, межличностных и др.). В организационном плане оптимальна для применения консультационно-связующая модель оказания медицинской помощи, которая предусматривает совместную курацию пациентов онкологом и психиатром. Эта модель обеспечивает не только прямой контакт с пациентами, готовыми к психотерапевтическому лечению, но и плодотворное сотрудничество со специалистами онкологического профиля.

При разработке коррекционных психотерапевтических программ для онкобольных с коморбидной пси-

хической патологией необходимо учитывать личностные особенности и тип отношения к онкологическому заболеванию, выраженные, прежде всего, в «общем снижении активности, изменении всей иерархии мотивационно-потребностной сферы, сокращении временной перспективы», а также специфику онкологического заболевания и клиническое своеобразие эмоциональных расстройств. Кроме того, необходимо соблюдать системность и многоуровневость психотерапевтического воздействия, учитывающего особенности организации лечебного процесса в специализированном противоопухолевом центре; максимальную индивидуализацию психотерапевтических воздействий с учетом сферы повреждений физиологических систем организма, давности, тяжести и стадии онкологического заболевания; дифференцированное сочетание патогенетической, симптоматической и профилактической направленности психотерапевтических мероприятий при сочетании индивидуальных и групповых («палатных») форм работы с онкобольными с активным вовлечением в лечебный процесс членов семей онкобольных (семейная психотерапия). Кроме того, при проведении психотерапии онкологически больным необходимо учитывать то, что коррекция должна проводиться постоянно, на всем протяжении заболевания. На различных этапах заболевания может меняться и степень глубины психогенных реакций, их фабула, но ситуация постоянно остается достаточно острой — по существу речь идет об экстремальных условиях существования.

Таким образом, психотерапевтическая коррекция направлена на купирование тревожно-депрессивной симптоматики, коррекцию неадекватного отношения к онкологическому заболеванию, дезактуализацию некоторых симптомов опухолевого процесса и формирование адаптивных форм совладания с болезнью.

УДК:615.851

Бутко К.М.

ХМАПО, кафедра психотерапії

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ СУПРОВІД ХВОРИХ З ОПЕРАЦІЯМИ НА КІСТІ

Протягом останніх десятиріч в Україні спостерігається поширення травматизму різного походження. Цій проблемі значні втрати працездатності, зростання показників первинної та вторинної інвалідності надає велику соціальну значущість.

Зокрема це стосується травматичних уражень опорно-рухового апарату, особливо кісті. Наше дослідження було обумовлено тим, що фактично відсутні системні підходи до розробки заходів психологічної реабілітації цих хворих. Лікувально-реабілітаційні програми відносно цього контингенту до теперішнього часу орієнтовані на застосуванні хірургічних, фізіотерапевтичних, медикаментозних заходів і практично ігнорують психосоціальну спрямованість.

Метою нашої роботи була розробка системи медико-психологічної корекції осіб з травматичними ура-

женнями кісті. Було проведено вивчення психоемоційних розладів у осіб з реконструктивно-відновлювальними операціями на кісті. Всього було обстежено 127 хворих з котрих у 90, були виявлені розлади психічної сфери невротичного регістру.

Були встановлені клінічні форми і патопсихологічні механізми формування розладів психічної сфери цих хворих. Всі вони діагностувались у межах розладів адаптації і реакції на стрес, тривожних і тривожно-депресивних розладів. Це послужило підґрунтям до розробки системи медико-психологічної корекції розладів адаптації у осіб з реконструктивно-відновлювальними операціями на кісті.

Впроваджена організаційна модель психосоціальної реабілітації і медико-психологічного супроводу цих хворих в Харківському регіоні показало високу ефективність.

УДК 615.851

Вашките И.Д.

ХМАПО, кафедра психотерапії

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ДЕПРЕССИВНОГО РАССТРОЙСТВА У СТУДЕНТОВ ВУЗОВ

На современном этапе развития общества среди общемедицинских проблем особую актуальность приобретает проблема патологии аффективной сферы, особенно тревожных и депрессивных расстройств. По данным ВОЗ, в настоящее время более чем у 110 млн. человек в мире — 3-6% популяции — выявлены те или иные клинически значимые проявления данных расстройств.

Все чаще депрессия возникает в юношеском возрасте.

Целью настоящего исследования явилась систематизация социально-психологических факторов риска развития депрессивного расстройства у студентов ВУЗов.

В современных условиях получение образования в высших учебных заведениях можно отнести к специфическому виду деятельности, связанному с высоким уровнем психических и физических нагрузок, крайне возрастающих в сессионный период, дефицитом времени, необходимостью усваивать в сжатые сроки большой объём информации, повышенными требованиями к решению проблемных ситуаций, жёстким контролем и регламентацией режима.

В периоде обучения можно выделить три основных критических периода, которые приходится на

первый, третий и пятый (шестой) курсы. На первом курсе происходит изменение социальной роли обучающегося, корректировка потребностей и системы ценностей, возникает необходимость более гибко регулировать своё поведение, приспособившись к более жёстким требованиям высшей школы, устанавливать взаимоотношения в новом коллективе; иногородним — обустроить быт. На третьем (четвёртом) курсе имеет место переоценка ценностей, переосмысление выбора специальности. Особенность кризиса пятого (шестого) курса связана с будущим трудоустройством, перспективами работы и профессионального роста в рамках выбранной специальности. Отсутствие резервов психического и физического здоровья на каждом из этапов может привести к развитию невротических расстройств и расстройств адаптации.

Психические заболевания в юношеском возрасте, в частности, депрессивные расстройства, оказывают непосредственное влияние на учебную и общественную жизнь студентов, а также на сферу их личной жизни и ведут к значительной социальной дезадаптации, и, таким образом, требует тщательного подхода медико-социальных служб к их выявлению, лечению и профилактике.

УДК 616.89

Вербенко В.А., Осмина Е.В. *, Вербенко Г.Н.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

Симферополь, Україна

*Ижевский государственный технический университет,
Ижевск, Россия.

РОЛЬ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ В ФОРМИРОВАНИИ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО АУТИЗМА

Проведен сравнительный анализ роли социальных факторов в патогенезе классического раннего детского аутизма (РДА) и функционального аутизма.

Актуальность. Ряд авторов считают, что в настоящее время возросла частота встречаемости детского аутизма. До настоящего времени не выяснены причины роста аутизма в детской популяции.

Материалы. 2 группы детей в возрасте от 3 до 7 лет, по 20 пациентов в группе с РДА и функциональным аутизмом без признаков органического поражения центральной нервной системы.

Методы: социодемографический, психопатологический, клинично-анамнестический, нейропсихологический (Лурия-90), статистический (х²-критерий, таблицы сопряженности признаков).

Выявлено статистически значимое различие социодемографических показателей в изучаемых группах. Для детей с функциональным аутизмом характерна значимая разница в возрасте родителей (отец старше на 16±3,2 года), (p<0,001); техническое образование родителей (p<0,001); специальность отца (компьютерные технологии, программирование, (p<0,05); техногенная насыщенность семейной среды (компьютеры, телефоны, телевизор и др.)

(p<0,05); эмоциональная отстраненность родителей (p<0,05); опосредованный характер взаимоотношений «родители-ребенок» через няню, технические средства (p<0,05).

Выявлены статистически значимые отличия при проведении нейropsychологического тестирования: для детей с функциональным аутизмом в отличие от детей с РДА характерны нарушения кинестетического (p<0,001), динамического (p<0,05), конструктивного (p<0,001) праксиса; нарушения механической памяти (p<0,01); задержка речевого развития (коммуникативной функции речи), без интеллектуализации интересов (p<0,05); преобладание интеллектуально-символических форм над наглядно-действенными (p<0,05).

Выводы: Выявленные факторы следует учитывать в качестве дополнительных дифференциально-диагностических и прогностических критериев при возникновении затруднений в диагностике аутистических расстройств и проведении коррекционно-терапевтических мероприятий.

Ключевые слова: ранний детский аутизм, функциональный аутизм, социальные факторы, диагностика, коррекция.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Височин Є.В., Рачкаускас Г.С., Мулік Є.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)

Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня (м. Луганськ)

ВПЛИВ ЛІКОПІДУ НА ЦИТОКІНОВИЙ ПРОФІЛЬ КРОВІ ПІДЛІТКІВ, ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Актуальність соматизованих депресивних розладів (СДР) у підлітків пов'язана з їх значною поширеністю та важкістю діагностування. Раніше нами було встановлено, що у підлітків з СДР поряд із порушеннями психоемоційного фону з наявністю соматичних проявів виявляються також істотні порушення з боку імунної системи, що сприяють погіршенню стану таких пацієнтів та більш тривалому і важкому перебігу хвороби. Тому нашу увагу привернула можливість застосування в комплексі лікування сучасного імуноактивного препарату лікопіду з метою корекції імунологічних порушень, а саме відновлення цитокінового профілю крові таких хворих. Лікопід відноситься до групи цитокінів та імуностимуляторів. Фармакологічна дія забезпечується шляхом посилення вироблення інтерлейкінів (інтерлейкіну-1, інтерлейкіну-6, інтерлейкіну-12), фактора некрозу пухлин-альфа, гамма-інтерферону, колонієстимулюючих факторів. Було обстежено 69 хворих підлітків (42 дівчини та 27 хлопців) віком від 12 до 18 років. Клінічні прояви хвороби відповідали

рубрикам F33.11 або F32.11 згідно критеріїв МКХ-10. Хворі були розподілені на 2 групи: основну (36 підлітків) та групу зіставлення (33 пацієнти). Усі хворі отримували загальноприйнятну терапію СДР, а хворі основної групи — додатково лікопід у дозі 1 мг 2 рази на добу внутрішньо натщесерце за 30 хв. до їди протягом 20 днів поспіль. Разом із загальноклінічними дослідженнями у обстежених підлітків в динаміці вивчали вміст у крові прозапальних цитокінів (ЦК), а саме ІЛ-1в, ФНПб та ІЛ-6 і та протизапальних ЦК — ІЛ-4, ІЛ-10. До початку проведення лікування у обстежених підлітків, хворих на СДР, мав місце дисбаланс цитокінового профілю крові (ЦПК), що полягав у підвищенні рівня прозапальних ЦК на тлі незначного збільшення концентрації протизапальних. Так, концентрація ФНПб у підлітків з СДР обох груп на момент початку лікування перевищувала норму в середньому в 2,7 рази (P<0,001) та складала в середньому (14,5±0,5) пг/мл, рівень прозапального ІЛ-1в — в 2,8 рази (P<0,001) та дорівнював в середньому (23,8±0,7) пг/мл, концентрація ІЛ-6

в сироватці крові складала — $(46,7 \pm 1,9)$ пг/мл, що в 1,91 рази було вище норми ($P < 0,001$). Концентрація протизапальних ЦК до початку лікування змінювалась незначно — рівень ІЛ-4 перевищував норму в 1,3 рази, складаючи при цьому $(62,6 \pm 1,2)$ пг/мл, рівень ІЛ-10 — в середньому у 1,28 рази відносно норми, що рівнялося $(1,64 \pm 0,05)$ пг/мл. Коефіцієнти, які відображають співвідношення ЦК у крові з прозапальною та протизапальною активністю, були підвищеними. Так, кратність збільшення ФНПб/ІЛ-10 відносно норми склала 2,1 рази, ІЛ-1в/ІЛ-10 — в 2,2 рази. Таким чином, підлітків з СДР, до початку лікування відмічається суттєве переважання прозапальних властивостей крові над протизапальними. При повторному проведенні імунологічного обстеження після завершення лікування підлітків з СДР, було відмічено наявність позитивної динаміки стосовно вивчених показників. У хворих основної групи мала місце майже повна нормалізація вивчених показників, чого не

можна сказати за пацієнтів групи зіставлення. Так, концентрація ФНПб в групі зіставлення залишалася у 2,27 рази вище норми ($P < 0,01$) та складала $(12,3 \pm 0,3)$ пг/мл, вміст ІЛ-1в — в 1,84 рази вище норми ($P < 0,01$) та рівнявся $(15,8 \pm 0,5)$ пг/мл ($P < 0,01$), рівень ІЛ-6 — в 1,57 рази вище норми ($P < 0,05$) та складав $(38,2 \pm 2,1)$ пг/мл. Концентрація ІЛ-4 у пацієнтів групи зіставлення залишалася вище нормальних значень у 1,2 рази ($P = 0,05$), вміст ІЛ-10 — в 1,15 рази стосовно норми ($P < 0,05$). Коефіцієнти, які відображають співвідношення ЦК у крові з прозапальною та протизапальною активністю, також залишалися дещо підвищеними відносно норми: ФНПб/ІЛ-10 в 1,97 рази, ІЛ-1в/ІЛ-10 — в 1,58 рази стосовно норми. Таким чином, виходячи з отриманих даних, можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним включення сучасного імуноактивного препарату лікопиду до комплексу терапії підлітків, хворих на СДР.

УДК 616.89

Волобуев В.В.

ОКПНБ-медико-психологічний центр г.Донецьк.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ С НЕПСИХОТИЧЕСКИМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО АЛЬЯНСА

Ключевые слова: личностные особенности, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, психотерапевтический альянс, механизмы защиты.

Изучение личностных особенностей пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с не психотическими психическими расстройствами является важным этапом работы врача-психотерапевта и клинического (практического) психолога, которая реализуется в трех основных направлениях: 1) изучение личности больного, закономерностей ее развития и специфики нарушений в целях оптимизации психотерапевтических воздействий; 2) учет личностных особенностей при использовании любых психотерапевтических методов; 3) ориентация психотерапевтического процесса на личностные изменения [3,4,5].

В психотерапии изучение личности пациента предполагает детальное изучение специфики его эмоционального реагирования, мотивации, особенностей поведения и их трансформации в процессе заболевания. Такая информация необходима как для решения задач дифференциальной диагностики, так и в ходе лечебно-восстановительной, психотерапевтической и психокоррекционной практики при психических расстройствах, а также для лечебно-профилактической работы в соматической клинике с учетом психосоциальных реакций на соматические болезни и их последствия.

В качестве модели трансформации личностных особенностей может рассматриваться пограничное психическое расстройство с основными его стадиями [1,2,4]. Учет личностных особенностей необходим при использовании любых психотерапевтических методов.

Проводя пострадавшим вследствие техногенных

аварий и катастроф с наличием не психотических психических расстройств краткосрочную психотерапию в стационарных условиях, следует отметить проявления основного психологического интрасубъективного конфликта уже на первых встречах. Проявления и проработка данного конфликта во многом зависят от психотерапевтических отношений, которые образуются с поступлением пациента в стационар, а иногда и задолго до этого момента. Уже в начале психотерапевтического интервью выявляются личностные особенности пациента, которые могут как улучшить психотерапевтический альянс, так и затруднить его, что непосредственно повлияет и на дальнейшую психотерапевтическую работу в условиях групповой или индивидуальной психотерапии. При краткосрочном варианте психотерапии требуется установление рабочих трансферных отношений в течении достаточно небольшого количества времени, т.к. сроки пребывания пациента в стационаре ограничены. Именно поэтому очень важно уже при первом интервью диагностировать личностные особенности и уровень психологических защит, через призму которых пациент взаимодействует с окружающими людьми и, в том числе, с психотерапевтом.

При воздействии достаточно сильной психотравмирующей ситуации происходят определенные изменения, которые в дальнейшем могут привести к возникновению психических расстройств у пострадавшего вследствие техногенных аварий и катастроф, как невротического, так и психотического уровней. Каждый субъект реагирует на травму определенным образом — в зависимости от своей семейной истории, клинической структуры, символических и воображаемых ресурсов, которыми он располагает [6,7,8].

При проведении глубинной психотерапии в ста-

ционарных условиях на первый план выступает анализ защит, переноса и интрапсихических конфликтов, а также повышение возможности осознания пациентом собственного бессознательного. Психотерапевт может использовать трансферную интерпретацию, чтобы помочь пациенту сделать возможным осознание бессознательных мотиваций. Желания и защиты против этих желаний часто являются предметом интерпретации, и данные конфликты могут интерпретироваться по мере их проявления в переносе, воспоминаниях детства и текущих взаимоотношениях [4,9].

Цель данного исследования состояла в изучении личностных особенностей пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами и их влияния на формирование психотерапевтического альянса.

Материалы и метод.

Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического психического расстройства в соответствии с критериями МКБ-10 (N=30) были отобраны для изучения личностных особенностей. Лечение проводилось в соответствии с клиническими протоколами и стандартами оказания медико-психологической психотерапевтической помощи. Инструментами первичной оценки результата были

шкала Спилбергера-Ханина для оценки уровня тревоги, тесты Зунга и СМЛЛ, а также разработанный нами опросник оценки психотерапевтом степени включения пациентов в психотерапевтическую работу.

Данное исследование выполнялось на базе ОКПНБ-медико-психологического центра г.Донецк. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 45 до 65 лет, наличием первичного диагноза непсихотического психического расстройства. Все пациенты относились к пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех госпитализированных в стационар пациентов данной категории.

Средний возраст изучаемой группы больных (N=30) составил 53,2 года (стандартное отклонение (SD) = 2,3). Все участники являлись мужчинами с наличием непсихотического психического расстройства органического происхождения (F06.6 согласно МКБ-10).

Результаты и их обсуждение.

Средние значения шкал СМЛЛ, связанные с превалирующими ($p < 0,01$) личностным особенностям обследованных, представлены в таблице. Достоверные отличия показателей трех приведенных в данной таблице шкал не выявлены ($p > 0,05$).

Таблица

Превалирующие личностные особенности обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств

Шкалы СМЛЛ					
Шкала ипохондрии		Шкала депрессии		Шкала шизоидности	
Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)	Среднее значение	Стандартное отклонение (SD)
92,3	7,1	89,1	7,4	90,5	5,6

Возникновение рабочего психотерапевтического альянса (более активное включение в работу группы) при применении групповой психотерапии происходило в среднем на 3-4 сессии, при индивидуальной психотерапии — уже на 1-2 сеансе.

Согласно проведенному анкетированию 86,7% (N=26) исследуемых отметили затруднение в высказывании значимых субъективных переживаний в период всего курса лечения, а у 13,3% (N=4) было отмечено пассивное участие на протяжении всего психотерапевтического курса в условиях психотерапевтической группы.

В данном исследовании анализировались личностные особенности пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф, характеризующиеся преобладанием 1-й, 2-й и 8-й шкал методики СМЛЛ, названных следующим образом: 1-я шкала — «невротического сверхконтроля», 2-я — «пессимистичности» и 8-я — «индивидуалистичности» [5].

Высокие показатели шкалы №1 говорят об избыточной эмоциональной напряженности, затрудненной адаптации, повышенной сосредоточенности на отклонениях от нормы как в плане межличностных отношений, так и в сфере самочувствия. При этом, не только проявляется ипохондричность, но и усиливаются такие личностные черты, как догматизм; в межличностных контактах сильнее проявляются осторожность, дидактичность, назидательность тона. Характерен механизм защиты по типу «бегства в болезнь», при кото-

ром болезнь является ширмой, маскирующей стремление переложить ответственность за существующие проблемы на окружающих как единственный социально приемлемый способ оправдания своей пассивности. Психотерапевтическая податливость личностей данного типа в силу инертности их установок чрезвычайно затруднительна: они постоянно ищут помощи, но редко остаются довольными, продолжая свои поиски чудесного целителя [4,5]. Чтобы данный вид защит не превратился в бессмысленное блуждание от одного врача к другому, формирование психотерапевтического альянса врач-психотерапевт может послужить той точкой, от которой пациент начнет двигаться по новой, менее интравертированной, траектории. Отсутствие выраженной мотивации на психотерапевтическое лечение у данной категории пациентов усложняет формирование психотерапевтического альянса, и именно позиция психотерапевта в таких случаях может сыграть ключевую роль. Пассивное отношение к конфликту, уход от решения проблем, эгоцентричность, маскируемая декларацией гиперсоциальных установок, говорят о сложности выстраивания психотерапевтической работы как при групповой, так и при индивидуальной психотерапии. Наличие такого механизма защиты свидетельствует об эмоциональной незрелости, что особенно явно в структуре переживаний невротической личности, когда компенсирующая роль защитного механизма перерастает в устойчивый неконструктивный стиль переживания, сни-

жающий уровень свободноплавающей тревоги, но оставляющий достаточно выраженной эмоциональную напряженность. Анализ и проработка психологической цепочки, берущей свое начало еще задолго до воздействия мощной психотравмирующей ситуации (техногенных аварий и катастроф) позволяет стабилизировать состояние пациента в настоящем.

Анализируя повышенный уровень 2-й шкалы — шкалы «пессимистичности» — выявляется наличие аналитической склонности у этих пациентов, что может помочь психотерапевту подобрать психотерапевтическую методику, основанную на анализе и проработке интрасубъективного конфликта в условиях созданного психотерапевтического альянса. Опыт показывает, что депрессивный тип реагирования является не только универсальной реакцией на психотравму, но может также развиваться на почве определенной predisposition. Поэтому подъем профиля по 2-й шкале выявляет у обследуемого не только пониженное настроение в связи с негативными переживаниями, но и определенные личностные особенности: склонность к острому переживанию неудач, к волнениям, к повышенному чувству вины с самокритичным отношением к своим недостаткам и неуверенностью в себе. Именно с этими особенностями личности сталкивается психотерапевт уже на первом этапе формирования психотерапевтического альянса, что, естественно, затрудняет весь психотерапевтический процесс в условиях стационара.

В то же время, лица этого круга могут проявлять достаточную активность, следуя за лидером, и позиция психотерапевта может помочь данным пациентам вызвать эту активность при психотерапевтической работе. Нереализованные потребности сублимируются и проявляются тревожной и депрессивной симптоматикой в клинической картине непсихотического психического расстройства. Для таких пациентов характерны страх несоответствия собственному представлению об идеале «Я» и низкая стрессоустойчивость, возникающая при взаимодействии собственного «Я» с «Супер-Эго».

Повышение 8-й шкалы — «индивидуалистичности» — выявляет обособленно-созерцательную личностную позицию пациентов, аналитический склад мышления; склонность к раздумьям превалирует у них над

чувствами и действенной активностью. Это позволяет предположить более благоприятный эффект лечения с применением аналитически ориентированных видов психотерапии. Защитный механизм, проявляющийся при трансформации тревоги, — интеллектуальная переработка. Именно поэтому здесь затруднено формирование психотерапевтического альянса и снижена эффективность неглубинных видов психотерапии. В то же время, делая ставку на аналитический подход к решению интрасубъективных конфликтов пациентов можно более быстро создать и укрепить психотерапевтический альянс. Лицам данного типа свойственна императивная потребность в свободе субъективного выбора в принятии решений при отсутствии для этого временных ограничений. Недостаток терпимости у окружающих и отсутствие у психотерапевта дифференцированного индивидуально-личностного подхода могут спровоцировать внутреннюю (а иногда и внешнюю) негативную аффективную реакцию, которая не даст возможности сформироваться рабочим психотерапевтическим отношениям.

Полученные результаты позволяют лучше понять механизм формирования терапевтического альянса, однако требуются дальнейшие его исследования с целью совершенствования и повышения эффективности психотерапевтической работы с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических психических расстройств.

Выводы:

1. Формирование психотерапевтического альянса при работе с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф, страдающих непсихотическими психическими расстройствами, требует более дифференцированного подхода с учетом преобладающих личностных особенностей.

2. Более активная и индивидуально-личностная позиция психотерапевта позволяет пациентам проявить мотивационную активность при участии в психотерапевтическом процессе и укрепить формирование рабочих психотерапевтических отношений.

3. Результаты проведенного исследования позволяют предположить, что более эффективными методами психотерапевтической работы с данным контингентом пациентов могут быть индивидуально- и аналитически-ориентированные формы психотерапии.

УДК 616.89-036.12

Выговская Е.М., Пыров С.Г.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

СОПУТСТВУЮЩАЯ ПАТОЛОГИЯ (ХРОНИЧЕСКИЙ ГЕПАТИТ) И УРОВЕНЬ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ С ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕЧЕНИЕ ГЕМОДИАЛИЗОМ

В последние годы термин «социальное функционирование» получил широкое распространение: первоначально являясь социологическим понятием, в настоящее время он нашел употребление и в медицине. Это связано с применением современных технологий, введением в клиническую практику новых методов, обеспечивающих адекватное и щадящее лечение, что привело к снижению уровня заболеваемости и смер-

тности среди больных различными соматическими заболеваниями.

Среди больных различными соматическими заболеваниями группа лиц с хронической почечной недостаточностью (ХПН), получающих лечение гемодиализом (ГД), занимает особое положение. Несмотря на значительные успехи в лечении данных больных, перспектива пожизненного диализного лечения по-пре-

жнему внушає їм почуття страху і безнадійності. І навіть коли лікування йде успішно і з'являються реальні перспективи, повернення до повноцінної життя зазвичай стає серйозною психологічною проблемою для хворого.

Цілью нинішнього дослідження стало вивчення рівня соціального функціонування осіб з хронічною печінковою недостатністю (ХПН), що проходять лікування ГД, основне захворювання яких є хронічним гепатитом.

Відповідно до програми дослідження проведено обстеження 40 хворих ХПН, які отримували лікування ГД в трансплантационному центрі Донецького обласного клініко-територіального медичного об'єднання (ДОКТМО) за методикою SF-36. Відповідно до мети дослідження пацієнти були розділені на дві групи: 1 група — хворі ХПН, не болювані гепатитом, а також особи, перенесені гепатит, але у яких показники білірубину та трансаминаз АЛТ, АСТ були в нормі (13 осіб); 2 група — хворі ХПН, у яких основне захворювання ускладнювалося хронічним гепатитом і показники білірубину та вищезазначених трансаминаз перевищали нормативні (27 осіб). Для порівняння середніх величин застосовувалися методи Манна-Уїтні з визначенням ймовірності відмінностей «р». Відмінності вважалися значущими при $p < 0,05$.

Порівняння середніх показників хворих 1-ї групи з показниками осіб 2-ї групи виявило статис-

тично достовірні відмінності за більшістю шкал методики SF-36 за виключенням шкали фізичного функціонування ($p > 0,05$). Таким чином, хворі обох груп однаково оцінили обсяг своєї звичайної повсякденної фізичної навантаження. Однак особи 1-ї групи достовірно менше оцінили роль соматичних проблем в обмеженні своєї життєдіяльності ($p < 0,02$). В цій групі суб'єктивна оцінка «здоров'я в цілому», життєвого тону (почуття бадьорості, енергичності, хорошого настрою) була вищою ($p < 0,01$ і $p < 0,003$ відповідно). Своєю соціальною активністю (взаємини з друзями, родичами, колегами по роботі тощо) респонденти 1-ї групи оцінили краще, ніж 2-ї ($p < 0,002$). Показателем є і думка досліджуваних про своє самопочуття порівняно з минулим роком. Значно краще даний показник був у хворих 1-ї групи.

Слід зазначити і про відмінності об'єктивних критеріїв соціального функціонування досліджуваних груп осіб, які відображали їх трудову реабілітацію. Серед хворих 1-ї групи частка працюючих становила 46,2%, тоді як у 2-ї — лише 11,1%.

Таким чином, результати нинішнього дослідження свідчать про певний вплив супутньої патології (хронічного гепатиту) на соціальне функціонування хворих ХПН, що проходять лікування гемодіалізом.

УДК 616.89-008.441.3:616-092:616-08

Гапонов К. Д.

Харківський обласний наркологічний диспансер

ВИРАЖЕНІСТЬ ШКІДЛИВИХ НАСЛІДКІВ АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ ЯК КРИТЕРІЙ ДИФЕРЕНЦІАЦІЇ ЗАХОДІВ ЛІКУВАЛЬНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО СУПРОВОДУ

З метою вирішення актуальної наукової задачі оптимізації комплексного лікування осіб з алкогольною залежністю (АЗ), з урахуванням особливостей клінічного перебігу АЗ в умовах її сучасного патоморфозу та з огляду на дані доведеної ефективності певних заходів лікувально-реабілітаційного супроводу цієї категорії пацієнтів, за умов інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології, на базі Харківського обласного наркологічного диспансеру було проведено клініко-психопатологічне та соціально-демографічне обстеження 120 чоловіків, хворих на АЗ, з діагнозом F10.24 — вживання алкоголю на теперішній час, активна залежність (основна група). Групу порівняння склали 50 практично здорових чоловіків. Клініко-психопатологічну оцінку АЗ здійснювали за допомогою клініко-психопатологічного методу, що був доповнений використанням, окрім клінічного структурованого інтерв'ю згідно діагностичних критеріїв МКХ-10, психодіагностичним дослідженням з використанням тесту AUDIT — для виявлення розладів, пов'язаних з вживанням алкоголю та визначення ступеню небезпечності його вживання, шкали SADQ-C (адаптовану для роботи з вітчизняним контингентом пацієнтів) — для оцінки вираженості проявів АЗ, та опитувальника «Мотиви вживання алкоголю», розробленого В. Ю. Зав'яловим.

Аналіз та узагальнення отриманих даних дозволив виділити деякі показники — клінічні та соціальні ознаки, характерні для пацієнтів з різною тривалістю алкогольної хвороби, що мали достовірний вплив на її перебіг та впливали на вираженість шкідливих наслідків АЗ, $p < 0,01$.

Мінімальні шкідливі наслідки: стаж АЗ 1 — 3 роки; небезпечно вживання алкоголю за тестом AUDIT; зовнішня провокація періодичного первинного потягу до алкоголю; виникнення вторинного потягу після будь-якої дози спиртного з частковою втратою кількісного контролю; переважання одноденних ексцесів або псевдозапой; відсутність клінічно окресленого синдрому відміни; поодинокі афективні симптоми та прояви толерантності; усвідомлення шкідливих наслідків залежності від алкоголю; наявність помірних проявів фізичної залежності від алкоголю (середній показник за шкалою SADQ-C 14,18±0,43 бали); переважання соціально-психологічних мотивів вживання алкоголю; відсутність професійного росту.

Виразені шкідливі наслідки: стаж АЗ 4 — 5 років; висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT; трансформація первинного потягу у внутрішню потребу; порушення здатності контролю та звуження репертуару і асортименту вживаного алкоголю; психологічна та/або соматична шкода; переважання псев-

дозапоїв або постійного вживання на тлі високої толерантності; уживання алкоголю з метою зм'якшення або запобігання симптомів абстиненції та наявність синдрому відміни з obsесивно-систематичним патологічним потягом в його структурі; симптоми гіпергідрозу, тремору, а також бажання похмелитися в першу добу стану відміни; виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C $46,64 \pm 1,07$ балів); переважання особистісно-значущих мотивів вживання алкоголю; зниження професійного рівню, професійна дезадаптація.

Тяжкі шкідливі наслідки: стаж АЗ більше 6 років; висока ймовірність алкогольної залежності за тестом AUDIT; постійне вживання алкоголю на тлі низької толерантності або істинні запої; спонтанний компульсивний первинний патологічний потяг до алкоголю та повна втрата ситуаційного контролю в стані сп'яніння; зміна форми сп'яніння: агресивна з руховою активністю, дисфорично-експлозивна або депресивна з тривожним афектом; виражений синдром відміни з компульсивно-вітальним патологічним потягом в його структурі; прогресуюча втрата альтернативних інтересів на користь вживання алкоголю та відведення більш тривалого часу на його придбання та вживання; алкогольна анозогнозія; сполучення афективного сплюснення й байдужості до навколишнього середовища; виражені сомато-вегетативні прояви; продовження вживання алкоголю, незважаючи на очевидність його шкідливих наслідків; значна вираженість гіпергі-

дрозу, тремору рук та бажання похмелитися протягом першої та другої-третьої доби стану відміни; виражена АЗ (середній показник за шкалою SADQ-C $56,49 \pm 1,83$ балів); переважання патологічних мотивів вживання алкоголю; професійна деградація, сімейна дезадаптація.

Встановлена специфічність клініко-психопатологічних та соціальних особливостей АЗ, маркером якої є стаж хвороби, потребує обов'язкового визначення як критерій диференціації вибору змісту та об'єму заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих з АЗ в залежності від тяжкості шкідливих наслідків алкогольної хвороби.

При цьому, на наше переконання, при розробці заходів лікувально-реабілітаційного супроводу хворих на АЗ, окрім рутинного клініко-психопатологічного аналізу, обов'язковими є оцінка ступеню небезпеки та тяжкості її проявів за допомогою шкал AUDIT та SADQ-C, враховуючи наявність доказової бази щодо диференціації терапевтичних впливів в залежності від отриманих результатів, ідентифікація переважних мотивів вживання алкоголю — із-за необхідності розуміння внутрішньо-психологічних причин АЗ, що лежать у «нефізіологічній» площині, а саме, напруженості мотивації та ступеню охоплення особистості вабленням до вживання алкоголю, а оцінка ступеню деструкції соціальних параметрів функціонування — як індикатору тяжкості мікро- та мезосоціальних наслідків хвороби.

УДК 616.89 — 008.442-084 (616-053.71+613.96)

Георгиевская Н.В.

Харьковский национальный медицинский университет

ПСИХОТЕРАПИЯ У ЖЕНЩИН С РАССТРОЙСТВОМ СЕКСУАЛЬНЫХ ОТНОШЕНИЙ (F66.2)

В условиях информированного согласия было обследовано 250 женщин с невротическим расстройством в сексуально-дезадаптированных парах. В соответствии с диагностическими критериями у части обследованных, был верифицирован диагноз «РСО» (Расстройство сексуальных отношений) (F 66.2): у 18 женщин с ипохондрическим расстройством (F45.2), у 12 женщин с obsесивно-компульсивным расстройством (F 42.0, 42.1 и 42.2) и у 22 женщин с диссоциативными (конверсивными) расстройствами (F44).

Психотерапия лиц с РСО и нарушением сексуальной адаптации в брачной паре всегда начиналась с курации невротического расстройства. При проведении психотерапии соблюдались принципы комплексности, этапности и дифференцированности.

Психотерапевтическая программа структурирована в виде последовательно реализуемых двух базовых этапов.

Первый базовый этап: терапия невротического расстройства. Лечебные воздействия независимо от формы невротического расстройства основывались на сочетании фармако- и психотерапии. Патогенетической формой психотерапии являлась поведенческая терапия (условно-рефлекторный тренинг). Симптоматические воздействия включали применение рациональной психотерапии, аутогенной тренировки (АТ), гипносуггестивной терапии. В процессе реали-

зации лечебных мероприятий выделялись 4 этапа.

I этап — общестабилизирующий.

II этап — основной (патогенетический) направлен на устранение условно-рефлекторной фиксации obsесивно-компульсивной симптоматики.

III. этап — заключительный, его мероприятия были направлены на закрепление активного поведения преодоления.

— Этап — формирования саногенных поведенческих стереотипов.

Второй базовый этап: психотерапевтическая интервенция при РСО. Психотерапевтическая интервенция рассматривалась нами как саногенное психотехническое вмешательство в интимное пространство проблемной супружеской пары для стимулирования позитивных изменений в ней. Цель интервенции состояла в ослаблении или устранении тех форм сексуального поведения и предпочтения, дисфункциональных установок, мнений и оценок, характерных как для каждого из супругов, так и для пары в целом, которые препятствуют полноценной сексуальной адаптации.

Полученные результаты — исчезновение невротической симптоматики, и установление адаптивных сексуальных отношений с брачным партнером у 80,7% женщин с РСО позволяют рекомендовать разработанную нами психотерапевтическую систему для внедрения в практику.

УДК 616.89

Григорович А.А., Михайлов Б. В.
ХМАПО

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ СТРЕССОВЫХ РАССТРОЙСТВ У ЖИТЕЛЕЙ УКРАИНЫ

В последнее время в Украине как и в мире в целом наблюдается стойкая тенденция к росту природных и техногенных катастроф. Это обуславливает в популяции большого количества реакций на стресс, в том числе и посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

Это послужило обоснованием нашего исследования, целью которого явилась оптимизация системы медико-психологической коррекции больных с ПТСР. С этой целью было проведено сравнительное изучение 160 больных с ПТСР в различных регионах Украины. Было выбрано 3 модельных региона:

Луганская область — как регион с наиболее частыми и массивными техногенными катастрофами, прежде всего, на угольных шахтах.

Харьковская область — крупнейший научно-технический центр Украины со значительными миграционными потоками населения.

Полтавская область — преимущественно сельскохозяйственный регион Украины, где нет условий для техногенных катастроф и уровень миграции незначительный.

Для изучения больных использовались клинико-психо-патологические, экспериментально-психологические и нейрофизиологические методы. В результате проведенных исследований были получе-

ны следующие результаты. Среди всех обследованных больных с ПТСР 65% составили лица, перенесшие техногенные катастрофы — аварии на шахтах, промышленных предприятиях. 25,5% составили участники боевых действий, а у 9,5% больных зафиксировано действие других стрессогенных факторов — насилия, автокатастрофы с их личным участием и др.

Клиническая картина у всех больных сходный характер в виде obsessивных реминисценций сюжетно-связанных с психотравмой, нарушений сна с тягостно-ужасными сновидениями, нарушений эмоциональной сферы на фоне общей астено-невротической симптоматики.

Выявлена определенная тенденция динамики клиники ПТСР. Наиболее тяжелой и прогностически неблагоприятной была клиника ПТСР в Луганской области, наименее тяжелой и прогностически благоприятной была клиника ПТСР в Полтавской области — тенденция взаимной компенсации между группами резидент-мигрант. Харьковская область занимала промежуточное положение.

Данные исследования позволили сформулировать систему комплексной медико-психологической коррекции с ПТСР, апробация которой показала ее высокую эффективность.

УДК616.89-008:615.851

Гуменюк Л.Н., Ольшевская Н.С., Савин А.А.

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского»

ГУ «Психиатрическая больница №5» г. Симферополь

ПРИНЦИПЫ АРТ-ТЕРАПИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПЕРВЫМ ПСИХОТИЧЕСКИМ ЭПИЗОДОМ

Цель исследования. Разработка принципов арт-терапии для больных с первым психотическим эпизодом на основе комплексного анализа динамики клинико-психопатологических и патопсихологических особенностей данного контингента в процессе лечения.

Для выполнения поставленной цели исследования на протяжении 2008-2011 гг. с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии. обследовано 150 больных с острым полиморфным психотическим расстройством с симптомами шизофрении (F23.1)..

Результаты исследования. Сформулированы методологические и организационные принципы арт-терапии для для больных с первым психотическим эпизодом, базирующиеся на международных подходах, биопсихосоциальной концепции развития психических расстройств, медико-психологической концепции творчества как деятельности, актуализирующей адаптивные МПЗ и эмотивно-конструктивные стратегии преодоления болезненных факторов.

К методологическим принципам относятся:

1) системность; 2) комплексность; 3) дифференцированный (индивидуальный подход); 4) принцип непрерывности и перманентности; 5) принцип этапности; 6) принцип своевременности; 7) принцип динамического мониторинга.

Системность арт-терапии заключается в возможности интеграции данного метода в систему традиционной терапии, а также ее способности оказывать терапевтическое воздействие на трех уровнях: биологическом, психологическом и социальном.

Комплексность арт-терапевтического воздействия заключается в сочетанном использовании импрессивно-экспрессивных свойств визуально-пластических изобразительных средств; аудио-музыкальных воздействий; повествований; танцевально-двигательных и драматически ролевых компонентов самовыражения больных.

Принцип дифференцированного подхода позволяет разрабатывать индивидуальные программы арт-терапии для каждого больного, которые направлены на достижение определенной цели и учитывают: особенности

личностных predisposиций, клинико-психопатологические характеристики ППЭ, структуру негативной симптоматики и нейрокогнитивного дефицита, ресурсы личности по оптимизации стилевых МПЗ и копинг — стратегий, динамику изменений клинико-психопатологических, когнитивных, личностных, поведенческих особенностей и уровня СФ под действием арт-терапии.

Принцип этапности подразумевает синхронизированность арт-терапии с этапами лечебно-реабилитационного процесса в целом.

Принцип своевременности подразумевает: по возможности наиболее раннее начало арт-терапевтических мероприятий в завершающей фазе купиро-

вания психотических расстройств; хронологически последовательная структурированность интенсивной, базисной и поддерживающей составных частей арт-терапевтической программы; адекватность психологической арт-терапевтической нагрузки по силе и качественному составу упражнений актуальному психологическому состоянию пациентов.

Принцип динамического мониторинга позволяет установить степень тяжести, характер психопатологического процесса, психологические и социальные особенности пациентов, их динамику, осуществлять коррекцию программы и оценить эффективность арт-терапии.

УДК: 616.895.8-06:616-008.9

Денисов Е.М., Стратович Ю.А., Мангуш Т.Н.

Донецкий национальный медицинский университет, им. М. Горького, Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКОГО СИНДРОМА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Метаболический синдром (МС) относится к наиболее актуальным проблемам современной медицины. Основными составляющими МС являются абдоминальное ожирение (АО), инсулинорезистентность, артериальная гипертензия (АГ), дислипидемия, нарушение углеводного обмена. По оценке Международной федерации диабета (IDF) наличие МС, диагностированного в соответствии с современными критериями, увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в 3 раза, а сахарного диабета (СД) второго типа в 5 раз (Alberti K.G., 2005). По данным ряда исследований, смертность от ССЗ среди страдающих параноидной шизофренией (ПШ) составляет порядка 50% (Волков В.П., 2009, Незнанов Н.Г., 2009).

Цель исследования: Изучение распространенности факторов риска развития МС у больных ПШ.

Материал и методы исследования: В исследование были включены 60 больных ПШ (55,5% мужчин и 44,5% женщин) в возрасте от 23 до 58 лет. Средний возраст обследованных составил — 35,2±2,19 лет. Средняя продолжительность заболевания — 10,9±0,91 лет.

МС у больных диагностировали согласно современным критериям IDF. Избыточную массу тела и АО оценивали на основании индекса массы тела (ИМТ). У всех пациентов проводили измерение систолического и диастолического артериального давления (АД). Для определения липидного и углеводного профиля проводили оценку уровня общего холестерина (ОХ), липопротеидов низкой плотности (ЛПНП), липопротеидов высокой плотности (ЛПВП), триглицеридов (ТГ) и уровня глюкозы натощак.

Наличие вредных привычек, особенности образа жизни, двигательную активность и пищевой рацион

больных изучали по специально разработанной анкете. Статистическая обработка результатов осуществлялась с использованием пакета прикладных статистических программ «Statistica 6,0» и электронных таблиц Microsoft Excel 2003.

Результаты и их обсуждение: Распространенность МС у больных ПШ составляла 40%. При этом отмечалась большая частота встречаемости следующих факторов риска: гиподинамия у 78% обследованных, нестабильное питание у 80%, АГ у — 45%, избыточная масса тела и ожирение — у 35,5%, абдоминальный тип отложения подкожно-жировой клетчатки (объем талии более 94 см у мужчин и более 80 см у женщин) у — 55%, повышение ОХ в плазме более 5,18 ммоль/л у — 60%, повышение уровня ТГ более 1,7 ммоль/л у — 40%, повышение уровня ЛПНП более 3,0 ммоль/л у — 53,3%, снижение уровня ЛПВП менее 1,04 ммоль/л у — 35,5%, повышение уровня глюкозы натощак более 5,5 ммоль/л у — 45% пациентов.

Курение, как поведенческий фактор развития МС, наблюдалось у 75% больных, избыточное употребление алкоголя у — 10%, недостаточное употребление овощей и фруктов у — 76%, преобладание высококалорийных углеводов и животных жиров в рационе питания у — 80%, низкая физическая активность — у 75,5% больных.

Выводы: Таким образом у больных ПШ отмечается большая частота встречаемости факторов риска и развития МС. Используя полученные данные можно рекомендовать меры профилактики, направленные на уменьшение воздействия факторов риска обменных нарушений у больных с ПШ, и меры своевременного выявления пациентов с метаболическими расстройствами.

УДК 159.99

Дубовик К.В.Український НІІ соціальної і судової психіатрії і наркології,
Київ**ИССЛЕДОВАНИЕ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОСТИ У СТУДЕНТОВ УКРАИНЫ**

В последние годы опубликованы результаты ряда исследований, посвященных зависимым от Интернета формам поведения. К группе риска относятся в основном молодые люди и студенты.

Целью нашего исследования было проведение скрининга использования Интернета студентами ВУЗов Киева. Было опрошено 293 юноши и 343 девушки в возрасте $17,5 \pm 1,78$ лет. Для скрининга интернет-зависимости использовался опросник «Тест Интернет-зависимости» (IAT). На основании результатов скрининга были выделены «нормальные пользователи» (IAT?50) и «пользователи, имеющие проблемы, связанные с использованием Интернета» (IAT?50). Все студенты, включенные в исследование, также подвергались опросу с использованием «Обобщенной шкалы патологического использования Интернета» (GPIUS 2), «Десятипунктного личностного опросника» (TIPI-G), а также «Шкалы сильных и слабых сторон личности» (SDQ). Ряд вопросов был посвящен изучению социально-демографических характеристик студентов.

По результатам скрининга с использованием IAT 24,4% студентов были отнесены к группе Интернет-зависимых (I группа), 75,6% — обычных пользователей (II группа). Студенты I группы обнаружили предпочтительное онлайн-общение непосредственным формам коммуникации по GPIUS 2. Они чаще использо-

вали общение в Интернете для устранения колебаний настроения, испытывали эмоциональное напряжение и дискомфорт при отсутствии доступа к сети. Мы сочли возможным охарактеризовать такое поведение как компульсивное. Интернет-зависимые пользователи проводили в два раза больше времени в сети, их онлайн-пребывание длилось дольше. Они были более раздражительными, невнимательными и конфликтными. Не найдено корреляций между чрезмерным использованием интернета и академической успеваемостью, уровнем злоупотребления алкоголем и курением. Студенты, которые злоупотребляли использованием интернетом, значительно чаще ($P < 0,05$) имели более низкие показатели по субшкале просоциального поведения (SDQ).

Таким образом, около четверти киевских студентов, которые участвовали в опросе, признались о существовании проблем в связи с их Интернет-зависимостью. Использование интернет-коммуникации для преодоления отрицательных эмоций мы рассматриваем в качестве фактора риска для развития Интернет-зависимости. Интернет-зависимость может приводить к нарушениям просоциального поведения, сопровождаться аффективными нарушениями, однако, не оказывает непосредственного влияния на качество образования.

УДК: 616.899-084

Дудина Ж.Г.

КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Донецька»

ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЕМЕНЦИИ

Параллельно со старением населения планеты увеличивается и частота расстройств психики и поведения людей. Опираясь на ежегодные наблюдения и составляемые на их основе математические модели, ученые прогнозируют увеличение количества дементных больных до 115 миллионов к 2050г. Согласно мнению экспертов, бюджет на лечение пациентов страдающих деменцией достигнет величины, сопоставимой с расходами на оборону (\$800 миллиардов в год) (журнал *Annals of Neurology*).

Важным аспектом на сегодня в вопросе диагностики, развития и лечения деменции является смена парадигмы с реабилитационной на профилактическую. Мероприятия по предупреждению развития деменции могут быть разделены на первичные и вторичные. Первичная профилактика направлена на поддержание психического благополучия, сохранение психического здоровья, предотвращение появления расстройств психики и поведения. Вторичная профилактика направлена на предотвращение развития осложнений и рецидивов расстройств психики и поведения у пожилых, улучшение их психосоциального функционирования и социальной адаптации.

Существует ряд универсальных рекомендаций по профилактике сосудистой деменции, предупреждающих о негативных последствиях приема алкоголя, курения, ведения малоподвижного образа жизни, потребления жирной пищи и соли (*American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*).

Специалисты общества по борьбе с болезнью Альцгеймера утверждают, что, несмотря на невозможность отсрочить или остановить ее развитие, существует ряд мер, которые могут помочь снизить риск заболевания.

Специалисты американского национального фонда Паркинсона также дают рекомендации по снижению риска развития первичного паркинсонизма.

Согласно скудным данным литературы, отчетливо видна необходимость вести активное изучение и внедрение профилактических мероприятий, способствующих замедлению или даже предотвращению деменции. Некоторые эффективные профилактические стратегии уже работают, другие находятся в стадии развития и изучения, демонстрируя многообещающие предварительные результаты.

УДК 616.89:614.2

Дьяченко Л.І., Кутіков О.Є., Сергієнко О.В., Офіцерова Ю.В.
 ДУ «Інститут, неврології, психіатрії та наркології НАМН України», Харків

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПСИХІЧНОХВОРИМ НА РІВНІ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ МЕРЕЖІ

За даними доповіді ВООЗ про стан охорони здоров'я у світі, у 20-25 % усіх жителів планети у будь-який період життя виникають ті чи інші психічні розлади.

До 2015 р. психічні розлади стануть другою, самою розповсюдженою причиною інвалідності та втрати працездатності. Визнається, що більшість психічних розладів проявляються ще в дитинстві або у підлітковому віці. Відсутність в багатьох лікувальних закладах можливості надання своєчасної терапевтичної допомоги на ранніх етапах психічного розладу сприяють підвищенню ризику хронізації психічного розладу та інвалідизації.

Психічні розлади середнього та важкого ступеня вираженості мають більше половини хворих на соматичні захворювання. Тільки депресивні, тривожні та соматизовані розлади виявляються у 50 % пацієнтів первинної медико-санітарної мережі. Тому розповсюдженість психічних розладів різного регістру у світі поступово зростає і стає важким економічним тягарем для суспільства, що вимагає пошуку нових підходів до надання медичної допомоги хворим на цю патологію з залученням не тільки фахівців психіатрів, психотерапевтів, психологів, а і лікарів-інтерністів, суспільних державних організацій, рідних хворих.

В Україні на сьогодні існує більш-менш чіткий розподіл надання спеціалізованої психіатричної та соматичної медичної допомоги, що негативно впливає на стан соматичного здоров'я хворих на психічний розлад.

Значна увага приділяється наданню соматичної допомоги хворим з важкими психічними розладами і значно менше — наданню допомоги хворим з пограничними неспсихотичними розладами, легкими психічними розладами, депресіями в умовах соматичних лікарень та амбулаторно-поліклінічних відділень.

Зважаючи на це, обґрунтуванням оптимізації надання психіатричної допомоги населенню може стати

інтеграція її в загально-соматичну мережу, в тому числі і в первинну медичну ланку з оптимальним розподілом обсягів психіатричної допомоги на різних рівнях її надання, в т.ч. на первинному.

Реформування психіатричної служби з інтеграцією надання медичної допомоги особам з розладами психічного здоров'я необхідно здійснювати поетапно, враховуючи реорганізаційні заходи в загально-соматичній та первинній ланці медико-санітарної мережі. Крім того, до заходів реформування медичної допомоги, в т.ч. психіатричної, необхідно залучати державні і місцеві органи влади з метою створення і контролю виконання положень нормативних документів та фінансового забезпечення.

На сучасному етапі найбільш ефективною і однією з основних задач надання психіатричної допомоги на рівні первинної ланки є раннє виявлення пацієнтів з психіатричною патологією, при умові якого стає можливим раннє втручання й значне покращення прогнозу перебігу та виходів психіатричної хвороби.

Потрібним є чітке розмежування функцій та сфер відповідальності між всіма учасниками надання допомоги пацієнтам з вадами психічного здоров'я на первинному рівні. Головні функції сімейного лікаря/лікаря загальної практики полягають у первинній діагностиці, направленні пацієнтів для отримання спеціалізованої допомоги, а також у контролі стану пацієнтів та додержання призначень психіатрів після проходження курсу спеціалізованого лікування.

Виконання завдань цього етапу реформування надання психіатричної допомоги в межах первинної ланки медико-санітарної мережі забезпечить надійне підґрунтя для подальшого розвитку процесу, в результаті якого основною формою надання медичної допомоги особам з вадами психічного здоров'я повинні стати установи загальносоматичної мережі.

УДК 616.89-008.441.13

Завалко Ю.Н., Никоненко В.А., Мамчур А.И.
 Днепропетровская областная клиническая психическая больница
 г. Днепропетровск.

КОМПЛЕКСНЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Тревожно-депрессивные состояния приобретают все большую актуальность, распространение данных расстройств неуклонно растет во всем мире и в Украине, в частности. Особенно актуальны тревожно-депрессивные расстройства в амбулаторном звене охраны здоровья. По данным некоторых исследований от 60% до 70% пациентов в поликлинике, обратившихся к врачу-интернисту, нуждается в консультации и ле-

чении врача-психотерапевта и психолога, так как расстройства носят невротический характер. Тревожно-депрессивные расстройства затрагиваются наиболее активные жизненные периоды в смысле становления и работоспособности. Происходит развитие в ипохондризацию, соматизацию, индивидуально-реактивные изменения. В диагностике опираются на качественные (описание типичных симптомов) и количествен-

ные (сколько из этих симптомов должно присутствовать, как часто они должны возникать и как долго продолжаться для постановки диагноза). Качественные критерии носят чисто описательный характер и не позволяют судить про этиологию этих расстройств. Нами было обследовано 108 больных со смешанными тревожно-депрессивными расстройствами (F 41.2). Основную группу составили 76 больных, контрольную группу — 32 больных. Все больные находились на стационарном лечении в отделении неврозов Днепропетровской областной клинической психиатрической больницы. Большую часть при обследовании составляли женщины-49 (64.5%), несколько меньше было мужчин-27(35.5%). В процессе наблюдения использовали клинко-психопатологический метод и экспериментально-психологические методики. В лечении использовались комбинированные подходы с использованием психофармакологический средств психотерапии. Среди лекарственных средств препаратами первого выбора были для уменьшения тревоги антидепрессанты, прежде всего селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и избирательные антидепрессанты двойного действия. Психотерапия (в зависимости от метода) опирается на прояснение природы страха, обсновано приводя клини-

ческие примеры исчезновения психопатологической симптоматики после осознания пациентами полной структуры своих опасений, а это не всегда удается через избегающие тенденции самого пациента. Среди методов психотерапии в нашем исследовании мы использовали рациональную психотерапию, когнитивно-бихевиоральную психотерапию, эмоционально-волевую тренировку, недирективный транс и личностно-реконструктивную психотерапию. Использовались оригинальные программы, которые включали психотерапию с конкретно-индивидуализированным компонентом. Рекомендованы групповые и/или индивидуальные сеансы психотерапии. Психотерапевтическое лечение в зависимости от метода было направлено на выявление причин возникновения тревоги и депрессии за счет осознания пациентами полноты структуры своих опасений, преодоления избегающего поведения больных. Описанный комплексный подход позволил оптимизировать терапию у больных со смешанными тревожными и депрессивными расстройствами, сократить продолжит лечения.

Резюме. Тревножно-депрессивные состояния у больных с невротическими расстройствами являются актуальными, требующими адекватной медикаментозной и психологической коррекции.

УДК: 616.89-008.442

Зеленская Е.А.

Харьковский государственный медицинский университет

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА

Проблема депрессивных расстройств является одной из актуальных для теории и практики современной медицины.

Цель исследования оптимизация терапевтических подходов к коррекции депрессивных расстройств сопровождающихся суицидальным поведением у лиц молодого возраста.

Для решения поставленной цели нами с позиций системного подхода было проведено комплексное обследование 75 больных обоего пола возрасте 17 — 35 лет, совершивших суицидальную попытку и находящихся на обследовании и лечении в психиатрических отделениях Харьковской областной клинической психиатрической больницы №3.

Как показали результаты исследования в клинической картине депрессивных расстройств у обследованных больных наиболее часто наблюдаются подавленность настроения — 79,5% обследованных и аффект тоски (скука, уныние, грусть, печаль) — 44,6%, астенические симптомы (повышенная утомляемость, слабость, вялость, раздражительность при напряжении и утомлении, повышенная восприимчивость к ранее нейтральным раздражителям, трудность в концентрации внимания, повышенная истощаемость внимания, трудность в запоминании текущих событий) — 35,7%, а также различные тревожные проявления (внутренне напряжение с невозможностью расслабиться, различного рода страхи, немотивированное беспокойство, тревога) — 68,9%. В ряде случаев отмечались кратковременные бурные реакции на незначительные эмоциональные события — 36,9%, несоответствие эмоциональных реакций ситуации — 25,1%.

Особенностью депрессивных расстройств являлась их массивная соматизация, характеризующаяся полиморфными вегето-висцеральными расстройствами — 68,7% обследованных.

На основе данных анамнеза, клинко-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монтгомери-Айсберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 44,3% случаев, неврастенический 38,9% и тревожно-тоскливый в 16,8% случаев.

Результаты проведенных нами биохимических исследований показали, что у обследованных наблюдается повышение концентрации серотонина в крови и уменьшение уровня мелатонина в плазме крови. У лиц с высокими значениями бала депрессии по диагностическим шкалами показано наибольшее повышение концентрации серотонина в крови и наиболее низкий уровень мелатонина в плазме крови. Показательным было значительное снижение соотношения мелатонин/серотонин в группе пациентов с высоким уровнем депрессии, которое статистически достоверно отличалось от аналогичного показателя у здоровых лиц и у пациентов с баллом депрессии меньшим чем 13 по Шкале Гамильтона.

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 медикаментозной коррекцией.

УДК 340.632

Зільберблат Г.М., Войтюк Г.І., Чеченюк Л.В., Піщемуха А.В., Кітгарев О.М., Кречик О.А.Комунальний заклад Київської обласної Ради
«Обласне психіатрично-наркологічне медичне об'єднання»
Київська область, смт. Глеваха, Україна**ОСОБЛИВОСТІ ЕКСПЕРТИЗ ОСІБ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ**

Вступ. Загальновідомо, що вживання психоактивних речовин часто супроводжуються негативними соціальними наслідками. Особи, які мають тісний контакт з психоактивними речовинами становлять так званий «небезпечний контингент» через свою схильність до вчинення правопорушень та суспільно небезпечних діянь. В Київській області спостерігається досить значне зростання кількості таких злочинів, здебільшого у районах, які примикають до Києва та у містах супутниках. Це, в свою чергу, робить питання судово-психіатричної експертизи (СПЕ) режиму зловживання та ступеня залежності від психоактивних речовин (ПАР) актуальним.

Мета дослідження: на основі клінічного та статистичного аналізу даних з амбулаторних карт пацієнтів, які пройшли судово-наркологічну експертизу за 2011 рік у відділенні судово-психіатричних експертиз КЗ КОР «ОПНМО» визначити структуру та особливості експертиз осіб, що вживають ПАР.

Результати. За 2011 рік у відділенні було проведено 1062 експертизи: з них 704 експертизи пов'язані з встановленням факту вживання ПАР та визначенням ступеню залежності від них. 59% (412) осіб, що пройшли експертизу за вказаною категорією справ, звинувачувалися за ст. 309 ч. 1 рідше — ч.2,3; ст. 307 ч. 1 КК України. Особливостями експертиз осіб, що звинувачуються у зберіганні ПАР для власного вживання без мети збуту є схильність даного контингенту до ди-

симуляції (применшення регулярності та інтенсивності наркотизації, приховування абстиненції, тощо). Це пояснюється не добровільністю проходження підекспертним експертизи та особистісними змінами внаслідок вживання наркотику. Особливо це проявляється на ранніх стадіях наркотичної залежності. Серед осіб, які звинувачувалися за ст. 307 КК України, останнім часом, все частіше спостерігаються спроби симулювати залежність від наркотику. Така поведінка підекспертного базується на досягненні певних благоприємних умов для себе — пом'якшення обвинувачення та перекваліфікації тяжкості злочину. Також точність встановлення діагнозу «наркоманія» залежить від термінів направлення підекспертного на експертизу, після затримання працівниками міліції, і перебуванням його під вартою, особливо на початкових стадіях вказаного захворювання. Це обумовлено тим, що у випадках досить тривалого (кілька тижнів і більше) утримання під вартою підекспертний вимушено перестає вживати наркотик, а отже, найчастіше, абстинентні розлади виявити у них вже неможливо.

Висновок. Особливістю СПЕ осіб, що вживають ПАР є пряма залежність точності оцінки режиму зловживання та ступеню залежності підекспертного від ПАР від тривалості та тяжкості захворювання, повноти, інформативності наданих матеріалів кримінальної справи та медичної документації, термінів направлення підекспертного на СПЕ.

УДК 616.89

Золкина Л.И., Боро С.Я., Ченская А. В.Областная клиническая психоневрологическая больница —
Медико-Психологический Центр, г. Донецк
Управление по делам семьи и молодежи Донецкой облгосадминистрации**ОСОБЕННОСТИ ПОСТРОЕНИЯ СИСТЕМЫ ПСИХОПРОФИЛАКТИКИ СЕКСУАЛЬНОГО НАСИЛИЯ В ОТНОШЕНИИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ**

Насилие имеет глубокие корни и особое общественное сознание. Искоренение насилия требует решения сложных психологических проблем и изменения многих общественно-экономических условий. Особо следует уделить внимание предупреждению и искоренению сексуального насилия, так как оно включает в себя компоненты и других видов насилия: психологического, физического, экономического,

К сексуальному насилию относятся: любой сексуальный акт или сексуальное поведение, навязываемое партнеру/партнерше без ее / его согласия.

С сексуальным насилием связаны преступления против половой неприкосновенности и половой свободы личности: изнасилование; насильственные дей-

ствия сексуального характера; понуждение к действиям сексуального характера; половое сношение и иные действия сексуального характера с лицом, не достигшим совершеннолетнего возраста; развратные действия.

В последнее время средствами массовой информации освещается тема инцеста, изнасилования и сексуальной эксплуатации детей и подростков. Число детей, пострадавших от сексуального насилия, растет из года в год. По данным американских исследований, каждая четвертая девушка и каждый шестой юноша становятся жертвами сексуальных преступлений, не достигнув 18 лет. В 75-80% случаев насильники знакомы детям, из них 45% — это род-

ственники, родители и лица, их знающие. Сексуальные взаимоотношения с несовершеннолетними в англоязычной литературе рассматривается в рамках понятия «child sexual abuse». Многие авторы в рамках «child sexual abuse» выделяют внутрисемейное (инцест) и внесемейное (педофилие) насилие. Для построения системы компетентного вмешательства, предупреждения и реабилитации **внутрисемейного сексуального насилия** требуется учесть **особенности факторов риска** инцестных отношений: эмоциональную тягу к ребенку; сексуальное возбуждение при контакте с ребенком; отсутствие внутреннего механизма сдерживания (внутреннего контроля); отсутствие внешних препятствий (сопротивления самого ребенка, боязни наказания, отсутствие или болезнь матери). К сожалению, большинство детей не могут предотвратить насилие, так как они не осознают происходящее, не знают о своем праве сказать насильнику «нет». Исследователи также рекомендуют обратить внимание на следующие **характерные черты инцестуозной семьи**: слепое следование членов семьи патриархальным стереотипам (авторитарность, требовательность отца и беспомощность матери); эмоциональная слабость и уязвимость всех членов семьи, хрупкость внутрисемейных связей; предрасположенность семьи к распаду, иногда, связанная с тем, что в детстве один из родителей сам пережил распад семьи. В таких семьях дети идут на инцестные отношения во имя сохранения семьи; секретность и опасность инцестных отношений способствуют сплочению семьи.

Внесемейное насилие (педофилия)

В МКБ-10 содержится полное определение педофилии, которое рассматривается в разделе расстройств сексуального предпочтения и определяется как постоянное или преобладающее сексуальное предпочтение детей, как правило, препубертатного или раннего пубертатного возраста. Обязательным для установления диагноза считается достижение субъектом, по меньшей мере, 16-летнего возраста и наличие 5-летней разницы с жертвой.

Характеристика насильников детей и подростков

Значительное число сексуальных насильников детей страдают расстройством сексуального предпочтения в форме педофилии, что подтверждается данными многочисленных исследований.

Выделяют ряд **факторов, способствующих возникновению педофилии**;

1. Условия воспитания (отсутствие отца, злоупотребление в семье алкоголем и наркотическими средствами, «холодность» или гиперопека со стороны матери, эмоциональная депривация в семье);

2. Наследственная отягощенность (у родственников присутствуют органическое расстройство личности, эпилепсия, алкоголизм, наркомания и др. неуточненная психическая патология личности);

3. Особенности преморбиды личности (большинство исследователей отмечают психопатический преморбид, которому присущи трудности в коммуникации, психосексуальный инфантилизм, отсутствие эмпатии, нарушение полоролевой идентичности.)

По мнению многих исследователей в основе девиантного поведения лежат такие этологические механизмы, как регрессия, фиксация и смещение. У лиц с парафилиями нарушены все этапы психосексуального развития.

Последствия сексуального насилия у детей и подростков

Исследователи выделяют **несколько стадий развития реакции на изнасилование у несовершеннолетних**, которые имеют свои специфические проявления, в отличие от взрослых. В первый день совершения изнасилования ребенок может находиться в состоянии шока: он не совсем понимает, где он находится, что с ним происходит, его чувства притуплены. **Шоковое состояние** продолжается 1-2 дня. Затем наступает **фаза отрицания**. Появляется сильное желание убедить себя, что ситуации насилия не было. А на 3-4-й день возникает **депрессия**: не хочется ничего делать: ходить в школу, общаться с окружающими. Период депрессии может длиться до 10 дней, может затянуться и на более длительный срок. Затем следует следующая стадия: ребенка охватывает **гнев**. Он может быть обращен на насильника, на родителей, на все общество. Последняя стадия — **принятие решения**. Ребенок или принимает решение молчать; или обращается к кому-то за помощью или пытается что-то делать, чтобы избавиться от тяжелого состояния. Длительность каждого этапа различна. У маленьких детей, у которых еще не сформировалось мировоззрение и рефлексия, эти этапы не прослеживаются, но каждый подросток, подвергшийся сексуальному насилию, так или иначе, проходит через состояние **шока, отрицание ситуации, депрессию, гнев, процесс принятия решений**.

У ребенка, пострадавшего от сексуального насилия, может развиваться **посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР)**. Такие дети могут проявлять три типа поведенческой реакции:

1) экспрессивный: ребенок проявляет сильные эмоции, которые он не может контролировать;

2) контролирующий: ребенок пытается сдерживать себя, и внешне его поведение не отличается от обычного;

3) шоковый: ребенок как бы оглушен, подавлен, трудно понять, что с ним произошло. Эти типы поведенческих реакций могут сменять друг друга.

Психологические последствия сексуального насилия могут быть ближайшими или отдаленными. Исследователи проблемы сексуального насилия отмечают, что содержание и структура симптомокомплекса ближайших и отдаленных психологических последствий сексуального насилия зависит от многих факторов, в том числе от возраста ребенка, от того, кто является насильником: родители, знакомый ребенку человек или незнакомый; групповое это насилие или нет.

Профилактика должна носить первичный, вторичный, третичный характер.

Цель **первичной профилактики** — сформировать у детей позитивное отношение к себе и другим людям как к личностям, которые знают и могут защитить свои права. Основные задачи заключаются в формировании негативного отношения к сексуальному насилию в обществе и в позитивной мотивации детей, родителей, учителей к усвоению информации по предупреждению сексуального насилия. Для их решения необходимо: предоставление информации о проблеме, выработка знаний, направленных на предупреждение возникновения сексуального насилия; выработка умения правильно вести себя в критических ситуациях; уметь принимать решения, которые могут

предотвратить попадание в ситуации, связанные с сексуальным насилием; формирование установок, противодействующих сексуальному насилию; стимулирование поведения, основанного на соблюдении морально-этических норм.

Первичная профилактика носит групповой характер. В школьных коллективах ее осуществляют психологи, классные руководители, социальные педагоги. Формы реализации: тренинги, беседы, лекции, обучающие семинары, листовки-памятки и др.

Возрастает роль преподавателей **духовной этики**. **Православное воспитание** формирует у детей уважительное отношение к другим людям, формирует отношения в семье, основанные на взаимном доверии, поддержке, любви, смирении.

Вторичная профилактика может носить, как индивидуальный, так и групповой характер. Основная задача — выявление семей, в которых существует угроза возникновения сексуального насилия («группа риска»). Для ее выполнения требуются изучение и анализ взаимоотношений между детьми в коллективе, между детьми и родителями; индивидуальная работа с семьями, которые оказались в сложных жизненных условиях. Индивидуальная работа с такими семьями должна осуществляться совместно классным руководителем, школьным психологом, социальным педагогом. При необходимости следует рекомендовать посещение врача — психотерапевта.

Рекомендации по оценке микроклимата в семье с целью предотвращения и выявления случаев сексуального насилия (для семейных врачей и среднего медицинского звена, педагогических, социальных работников, участковых инспекторов милиции), (наличие подчеркнуть):

— тип семейных взаимоотношений (конфликты, неполные семьи, отсутствие эмпатии между членами семей);

— тип воспитания детей в семьях (гиперопека, безнадзорность);

— употребление наркотиков, злоупотребление алкоголем;

— аномальное отношение к сексу в семьях (запрет на данную тему, чрезмерная фиксация на сексуальные темы).

Третичная профилактика включает индивидуальную работу с детьми, которые пострадали от сексуального насилия. Для предупреждения развития ПТСР у детей и подростков, пострадавших от насилия, требуется оказания им **своевременной медико-психологической помощи** с привлечением к работе с ними психологов, врачей психотерапевтов, сексологов, социальных работников.

Алгоритмы психотерапевтической помощи детям и подросткам, пострадавшим от насилия

при наиболее часто встречающихся у них симптомах травмы, предложены многими специалистами. В профессиональной среде психотерапевтов получили признание работы R. Рупоос, R. Nader, которые учитывают особенности возрастных групп несовершеннолетних. Таким образом, профилактика сексуального насилия несовершеннолетних должна проходить при согласованном взаимодействии между правоохранительными органами, а также органами образования, здравоохранения, социальными службами. Координацию действий различных учреждений и структур по предупреждению сексуального насилия могут осуществлять Координационные Советы при районных, городских и областных советах.

УДК: 572.7:616.322-002.3

Казаков В.Е.

ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганск

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ ИСТЕРОФОРМНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Исследовано 68 человек с отдаленными последствиями черепно-мозговой травмы (ЧМТ) в возрасте от 18 до 45 лет (47 женщин и 21 мужчина). Давность ЧМТ отмечалась от 9 месяцев до 5 лет.

Больные высказывали жалобы на головные боли (98%), метеозависимость (98%), истощаемость внимания (97%), забывчивость (74%), колебания АД (67%), лабильность пульса (64%), сердцебиения (62%), тошноту при поездках в транспорте (41%). Помимо жалоб, обусловленных астеническими и вегетативными расстройствами, пациенты заявляли о треморе рук (68%), причудливых тиках (63%), блефароспазме (31%), спазмах пищевода (30%), слепоте (12%) и др.

Частыми были жалобы на припадки (71%). Некоторые припадки напоминали гипоталамические с многочисленными вегетативными наслоениями (53%). В таких случаях сознание помрачалось, была выражена игра вазомоторов, гипергидроз, тахикардия, колеба-

ние АД. У ряда больных (33%) припадок сопровождался стоном, выразительной страдальческой мимикой, другие больные (20%) молчали, были неподвижны, не реагировали на раздражители, не глотали пищу, задерживали физиологические отправления. Длительность данных припадков была до суток. В отдельных случаях (11%) припадки напоминали транс. Пациенты жаловались на совершение автоматических действий без контроля сознания.

Течение обострений заболевания было прогрессирующим и затяжным. Со временем к истероформному синдрому присоединялся ряд других психопатологических синдромов. Отмечалась некоторая взаимозависимость между церебральной органической патологией и психопатологической симптоматикой. Истероформные проявления у больных поддерживали астенические и массивные вегетативные расстройства. Вегетативные нарушения, помимо вышеизложенного, проявлялись парасимпатическими и симпатотоничес-

кими кризами. При парасимпатическом кризе у обследуемых преобладала тревога, а при симпатотоническом — страх. Однако это разделение было в известной мере условным. Вегетативные кризы сопровождались выраженными аффективными проявлениями, обуславливающими двигательное возбуждение, заканчивающееся слезами. В межприступном периоде у пациентов на первый план выступали психические нарушения невротоподобного регистра, такие как астенія, циклотимоподобные и др. расстройства.

При циклотимоподобных расстройствах преобладали дисфории и дистимии. Высказывания пациентов об отсутствии желания жить носили как демонстративно-шантажный характер, так и имели под собой реальную почву. На определенном этапе больные полностью уходили в болезнь, жизнь казалась им непреодолимым источником трудностей, наиболее простым выходом из которого являлся суицид.

С течением времени нарастала органическая симптоматика, формировался психоорганический синдром. Психоорганический синдром диагностировали на основании комплекса симптомов в виде интеллектуально-мнестических и аффективных нарушений. Данные проявления были относительно сглажены, не весь симптомо-комплекс проявлялся в одинаковой мере, одни симптомы проявлялись ярче, другие — завуалировано. Наиболее часто на первый план выступали нарушения запоминания, выраженная истощаемость психических функций, особенно внимания, затруднялось выполнение профессиональных навыков, отмечалось недержание аффектов, снижался уровень интересов, ослаблялось адекватное понимание ситуации. Вышеуказанные проявления маскировались глобальной астенией. Постепенно происходило огрубление и переход личности на более низкий уровень.

УДК 616.89-008.1

Казакова С.Е.ГУ «Луганский государственный медицинский университет»
Луганск

К ВОПРОСУ О СОСУДИСТЫХ ПСИХОЗАХ

Сосудистые психозы имеют достаточно высокую распространенность. Основной пик заболеваемости сосудистыми психозами приходится на возраст 55±5 лет. В Луганской области у женщин сосудистые психозы, встречаются в 2 раза чаще, чем у мужчин (у женщин в 66,7%, у мужчин — в 33,3%). В промышленных районах сосудистые психотические расстройства возникают чаще (61,4%), чем в аграрных (38,6%), к тому же они протекают более тяжело.

Наблюдаются разнообразные клинические формы сосудистых психозов, а именно шизофреноподобные, аффективные, тревожные, диссоциативные и др.

Как выяснилось, в формировании клинических вариантов сосудистых психозов большую роль играют преморбидные особенности пациентов. Так, установлена высокая степень взаимозависимости между ананкастным преморбидом и тревожным сосудистым расстройством пациента; между циклоидным преморбидом и депрессивным сосудистым расстройством; между истерическим преморбидом и диссоциативной сосудистой депрессией; между шизоидным преморбидом и шизофреноподобным сосудистым расстройством.

Психопатологические расстройства сосудистого генеза отличаются рудиментарностью, нестойкостью, расплывчивостью, большим удельным весом аффективной насыщенности. Характерна высокая зависимость между колебаниями психотической и сосудистой симптоматики. У пациентов с шизофреноподобными расстройствами сосудистого генеза систематизация и аргументация бредовых явлений достаточно слабая, данная симптоматика сочетается со сквозной психической астенией, слезливостью, головными болями. Галлюцинаторные проявления преимущественно представлены истинным зрительным галлю-

цинозом, усиливающимся к вечеру и легко купирующимся небольшими дозами современных антипсихотиков в сочетании с ангиопротекторами. По ликвидации позитивной симптоматики выявляется достаточно высокая сохранность пациента, в большинстве случаев сохраняется адекватность, заботливость, общительность, контактность, морально-этические установки.

Клиническое своеобразие аффективных сосудистых психозов заключается в том, что в структуре панического комплекса преобладает выраженность дезадаптирующих фобических расстройств над вегетативным компонентом, нередко превалирует дисфорический фон настроения с аутоагрессией, депрессивные эпизоды носят стойкий характер и удерживаются даже после нормализации АД. Истероформные проявления сосудистого генеза имеют вид диссоциативной депрессии, которая включает выраженный сенисто-ипохондрический комплекс.

Помраченное сознание носит характер спутанности. Спутанность сознания имеет нестойкий, эпизодический, транзиторный характер, усиливается к вечеру, отличается фрагментарностью, незавершенностью.

Возникновение психозов является прогностически неблагоприятным фактором для пациента.

Помимо медикаментозной терапии, включающей интенсивное лечение антиоксидантами, препаратами нейтропротекторного и нейротрофического действия, улучшающими функции мозга, а также при необходимости, небольшие дозы антипсихотиков, антидепрессантов и анксиолитиков, можно использовать когнитивно-поведенческие (А.Т. Веck, 1967), рационально-эмотивные (А. Ellis, 1955) тренинги и аутогенную тренировку (J.H. Schultz, 1932).

УДК: 616.89

**Кожина Г.М., Коростій В.І., Товажнянська О.Л., Григорова І.А.,
Літвін Е.Є.**

Харківський національний медичний університет

**КЛІНІЧНІ ТА НЕЙРОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ КОГНІТИВНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД
ХВОРИХ З ЕНДОКРИННИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ**

Важливою проблемою сучасної науки є збільшення поширеності серед населення когнітивних порушень, уже в середньому, працездатному віці. обумовлене тенденцією до зростання поширеності хронічних соматичних захворювань. У більшості хворих з органічними та симптоматичними психічними розладами, які виникають на тлі цереброваскулярної, серцево-судинної та ендокринної патології відмічаються когнітивні порушення різного ступеню.

Метою дослідження було вивчення розповсюдженості, факторів ризику розвитку, клінічну структуру та особливості синдрому генезу когнітивних розладів серед хворих з ендокринними захворюваннями (цукровий діабет другого типу, первинний гіпотиреоз).

Результати. Виявлено порівняльні нейропсихологічні та нейрофізіологічні особливості когнітивних розладів внаслідок цукрового діабету та гіпотиреозу. У хворих з цукровим діабетом органічні психічні порушення з когнітивними розладами легкого ступеня виявлялися у 95%. Нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності за Адденбрукською шкалою оцінки пізнавальних здібностей до 78 ± 7 балів (при нормі 100 балів). Реєстрація когнітивних визваних потенціалів виявила збільшення латентності піка Р300 до 359 ± 13 мс ($p < 0,05$) відносно контролю (320 ± 18 мс). У хворих з первинним гіпотиреозом органічні психічні пору-

шення з когнітивними розладами легкого та помірного ступеня виявлялися в 79,4 % випадків. Нейропсихологічне дослідження виявило зниження загальної когнітивної продуктивності та залежність від стадії дисметаболическої енцефалопатії (ДМЕ): субкомпенсовані когнітивні порушення (27-25 балів за MMSE) при першій стадії ДМЕ, легкі та помірні когнітивні порушення (24-21 балів за MMSE) при другій стадії, при третій стадії ДМЕ показники інтелектуальної продуктивності відповідали рівню помірного когнітивного порушення (22-17 балів). У 36,5 % хворих на цій стадії діагностована деменція. Вивчення показників когнітивних визваних потенціалів хворих з первинним гіпотиреозом виявило збільшення латентності піка Р300 до 369 ± 21 мс ($p < 0,05$) відносно контролю (320 ± 18 мс) та згладжування результуючої хвилі, що є нейрофізіологічним корелятом стомлення мозку в гіпотиреоїдних умовах.

Визначені кореляційні взаємозв'язки між показниками короткочасної пам'яті і латентністю когнітивних визваних потенціалів за Р300 у групі обстежених хворих з ПГ та СД дозволяють рекомендувати метод реєстрації когнітивних визваних потенціалів Р300 у системі ранньої діагностики когнітивних розладів у хворих працездатного віку із органічними та симптоматичними психічними захворюваннями і динаміку когнітивних та несприятливих психічних розладів.

УДК: 616.89

Кожина А.М., Кришталь В.Е., Сухоиванова Е.И.

Харьковский национальный медицинский университет

**ПСИХООБРАЗОВАНИЕ КАК НЕОТЪЕМЛЕМАЯ СОСТАВЛЯЮЩАЯ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Реабилитация психически больных не ограничивается устранением психопатологической симптоматики и должна быть нацелена на создание для них оптимальных условий социального функционирования, повышения качества жизни, способности к самостоятельной активной деятельности — в современных условиях эта проблема приобретает особую важность.

Вышеизложенное определило актуальность нашей работы, целью которой — оценка эффективности психообразовательных программ в комплексной реабилитации больных шизофренией и разработка оптимальных методов ее применения.

Материал и методы: Для решения поставленной цели нами было проведено комплексное обследование 95 больных, обоего пола, возрасте 18 — 45 лет с установленным диагнозом шизофрении в периоде стабилизации состояния в комплексной терапии, ко-

торых наряду с использованием психофармакотерапии была использована психообразовательная программа.

Психообразовательные занятия проводились в закрытых группах, с количеством участников от 6 до 10-15 человек. Каждый цикл психообразования состоял из 10 — 12 занятий, продолжительностью 1,5 — 2,0 часа с частотой 1 — 2 раза в неделю.

Результаты и обсуждение: В ходе работы нами при помощи специально разработанной анкеты было проведено изучение особенностей информационного дефицита, касающегося многих вопросов, связанных с психическими расстройствами среди больных шизофренией и их родственников. Как показали результаты исследования наиболее важной является достоверная информация о причинах возникновения психических заболеваний; распознавании признаков обо-

стрения и необходимая в случае его возникновения помощь; лекарства, используемые для лечения шизофрении, механизмы их действия, возможные побочные эффекты; юридические аспекты, связанные с психическим заболеванием; механизмы преодоления стресса.

Для решения поставленных задач мы использовали интегративную модель психообразовательной работы включавшую в себя использование различных информационных модулей, приемов когнитивно-поведенческой психотерапии, тренинговых воздействий, проблемно ориентированных дискуссий, а также семейную психотерапию.

Согласно полученным в ходе работы данным на фоне проводимой комплексной терапии отмечается быстрая редукция психопатологической симптоматики, нормализация эмоционального состояния, стабилизация поведения больных, улучшение когнитив-

ных показателей, повышение психофизической активности больных, что позволяло расширять контакты с окружающими, возобновить привычный двигательный режим. По шкале PANSS отмечалась четкая положительная динамика показателей шкалы социально-ориентированного и социального функционирования.

Таким образом, как показали результаты исследования комплексный подход в терапии шизофрении включающий в себя психофармакотерапию с использованием атипичных нейролептиков в сочетании с психообразовательными тренингами приводит к восстановлению социальной активности и успешной ресоциализации больных. Что в свою очередь свидетельствует о том, что психообразование не только увеличивает объем знаний, усиливает уверенность в борьбе с болезнью, но решает проблему социальной реинтеграции больного.

УДК 613.865/.8676616.003.96 — 057.875

Кожина Г.М.^{*}, Маркова М.В.^{}, Гріневич Є.Г.^{***}, Гайчук Л.М.^{*}**

Харківський національний медичний університет^{*}

Харківська медична академія післядипломної освіти^{**}

Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика^{***}

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ СТУДЕНТІВ МЕДИКІВ ДО НАВЧАННЯ

Однією з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вищого навчального закладу є робота зі студентами I курсу, спрямована на більш швидку й успішну їх адаптацію до нової системи навчання, до нової системи соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі студентів.

Вищевикладене обумовлює актуальність даного дослідження мета якого: з'ясувати основні причини та механізми, що призводять до порушень процесу адаптації студентів першого курсу до навчальної.

Для вирішення поставленої мети нами було проведено комплексне обстеження 912 студентів I курсу Харківського національного медичного університету, обох статей, у віці 17 — 24 років. З них 603 — вітчизняних, 100 іноземних студентів навчаються російською і 209 англійською мовою.

Отримані в ході дослідження результати дозволили нам систематизувати фактори, що впливають на адаптацію до навчання у ВУЗі: Соціальний — що включає в себе соціальне походження і тип освітнього закладу, який він вже закінчив. Психологічний блок містить індивідуально-психологічні, соціально-психологічні фактори: інтелект, спрямованість, особистісний адаптаційний потенціал, положення в групі. Педагогічний блок чинників включає в себе рівень педагогічної майстерності, організацію середовища, матеріально-технічну базу, ТСО і ін..

Як показали результати дослідження до факторів які впливають на труднощі адаптації до навчання на I курсі студенти відносять: зміну життєвого стереотипу (63,2% вітчизняних студентів, 77,2% іноземних студентів, які навчаються російською та 81,1% англійською мовами); труднощі в засвоєнні навчального матеріалу та збільшений обсяг навчального навантаження (83,2% вітчизняних студентів, 45,2% іноземних сту-

дентів, які навчаються російською та 31,1% англійською мовами); нову систему відносин із викладачами (15,1%, вітчизняних студентів, 38,0% російськомовних і 57,9% англомовних іноземних студентів); а також труднощі в адаптації до нового колективу (1,7%, 17,0% і 11,0% відповідно).

30,1% з усіх опитаних першокурсників категорично заперечують необхідність психологічної допомоги. Ще 25,9% студентів вагалися з відповіддю. Решта 44,1% першокурсників вважають, що психологічна допомога їм потрібна в першу чергу при вирішенні таких проблем як: подолання інформаційного стресу, адаптація до нових умов навчання, входження в новий колектив, згуртування навчальної групи; рішення особистісних проблем.

При цьому відповідно отриманим даним іноземні студенти виявляють більш високий рівень розладів адаптації до навчальної діяльності, в порівнянні з вітчизняним студентами. Так високий рівень дезадаптації, що вимагає вживання невідкладних заходів виявляють у себе 0,3% вітчизняних студентів і 0,5% студентів іноземців які навчаються англійською мовою; виражений рівень дезадаптації, що вимагає обов'язкового втручання психологів, проведення програми по реадаптації — 1,3% вітчизняних студентів, 4,0% і 10,1% іноземних студентів, які навчаються російською і англійською мовами відповідно; помірний рівень дезадаптації, при якому корисно проведення консультативної роботи фахівців — 26,2% вітчизняних студентів, 48,0% російськомовних іноземців і 50,2% англомовних іноземців.

Отримані в ході роботи дані дозволяють розробити програму прогнозування виникнення розладів адаптації у студентів початкового періоду навчання у ВУЗі і визначити основні напрямки психопрофілактичних та психокорекційних заходів.

УДК: 616.89

Коростий В.И., Ординанс С.М., Григорчук М.Ю.
Харьковский национальный медицинский университет

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АНТИПСИХОТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СИСТЕМЕ ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Распространенность шизофрении, шизотипических и бредовых расстройств (F20-F29) в Украине за 10 лет выросла на 8,2% (Марута Н.А., 2010). Несмотря на появление новых эффективных средств психофармакотерапии, наличие такого заболевания, как шизофрения сокращает продолжительность жизни больных в среднем на 10 лет по сравнению с популяцией. Частично это связано с недостаточной эффективностью лечения, вследствие чего сохраняется высокая частота суицидов среди больных шизофренией, частично с социально-экономическими факторами, а также с побочными свойствами антипсихотических средств. С появлением атипичных антипсихотиков эта проблема стала менее острой, однако в процессе терапии возникают новые проблемы связанные с побочными действиями атипичных антипсихотиков. Это увеличение веса, повышение риска диабета, ухудшение липидного профиля, гиперпролактинемия.

Вследствие этого повышаются требования к лекарственным средствам, применяемым при шизофрении. В частности, это высокий терапевтический индекс (безопасность при передозировке), низкая «поведенческая токсичность» (индекс поведенческой токсичности является показателем степени нарушения психомоторного и когнитивного функционирования под влиянием психотропных препаратов, т.е. показывает в какой степени их побочные эффекты нарушают ежедневную нормальную активность), безопасность при длительном приеме, быстрый и эффектив-

ный контроль продуктивных и негативных симптомов, расширение терапевтического влияния на симптомы когнитивного дефицита.

Исследовались возможности зипразидона в инъекционной форме для купирования острого психоза и эффективности и безопасности таблетированных форм для длительной поддерживающей и противоречивой терапии.

В группе исследования 1 при применении инъекций в дозе 20 мг во всех наблюдениях устранение психомоторного возбуждения наблюдалось после проведения 2 инъекций. Отмечена недостаточная эффективность в клинике для мужчин начальной дозы 10 мг. Переход на пероральный прием осуществлялся на вторые сутки.

В группе исследования 2 осуществлялся переход с другого антипсихотика на зипразидон. Показаниями являлись недостаточный клинический эффект (улучшение показателей PANSS менее чем на 20% от исходных), плохая переносимость или побочные эффекты (ЭПС, гиперседация, гиперпролактинемия, увеличение веса, метаболические нарушения).

Преимуществами применения зипразидона являлись быстрая редукция психомоторного возбуждения без гиперседации, отсутствие выраженных метаболических нарушений, слабо выраженное влияние на уровень пролактина, снижение выраженности депрессивной симптоматики, улучшение когнитивных показателей пациентов.

УДК 616.89

Коршняк О.В.
Харківська медична академія післядипломної освіти

НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ У ХВОРИХ З ЕКЗОГЕННИМИ ЧИННИКАМИ ПОШКОДЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Вчення про тісний взаємозв'язок самопочуття з психічними станами індивіда, про соматичний резонанс психічних процесів у вигляді перехідних або хронічних функціональних порушень внутрішніх органів є однією з актуальних проблем сьогодення. Психосоматичні розлади в їх класичному розумінні, є важливою проблемою в сучасній медицині. Значна частина цих хворих мають психічні розлади неспсихотичного рівня, при цьому окремі симптоми психічних порушень зустрічаються практично у всіх пацієнтів з психосоматичними захворюваннями. У хворих з екзогенними чинниками пошкодження нервової системи (ЦНС), в період декомпенсації часто виникають порушення психосоматичних розладів, що формують патологічні зміни психічних процесів, і частіше за все характеризуються високим рівнем тривоги, зниженням пам'яті, вираженими астеничними проявами з порушенням циклу

сон-неспання. Як правило, тривога соматизується, відчуття загрози переноситься з міжперсональних відносин на процеси, що відбуваються у власному організмі. Погіршення показників пам'яті та уваги, опосередковано вказує на пошкодження або дисфункцію моделюючої системи мозку, яка регулює когнітивні розлади. Психічне стомлення на поведінковому рівні проявляється, як у зниженій продуктивності діяльності, так і в неадекватній реакції на дії інших людей. Має місце висока збудливість, афективна лабільність та демонстративність. Розлади такого типу, з одного боку, є важкими для виявлення, а з іншого боку — ці люди зрідка звертаються за медичною допомогою, суб'єктивно розцінюючи свій стан, як суто особисту психологічну проблему, що не потребує медичного втручання. Основою терапевтичної тактики при психосоматичних розладах є комплексне біологічне і соціо-ре-

абілітаційні заходи, в яких провідну роль відіграє психотерапія. В цьому разі, психотерапія має бути направлена на вирішення таких задач, як усунення нестачі інформації про соматичний і психічний стан пацієнта, нейтралізація ятрогенних чинників, що мали місце на попередніх етапах лікування, виправлення когнітивних помилок, створення нових поведінкових патернів,

інтеграція афектів і підвищення толерантності до фрустрації, корекція сімейних відносин. Все вищевикладене обумовило актуальність подальшого вивчення проблеми психокорекції у хворих з екзогенними чинниками пошкодження ЦНС та зумовило розробку і впровадження системи психо-соціо-реабілітаційних заходів.

УДК 612.821+616.89

Кудинова Е.И.

Харьковская медицинская академия последипломного образования
г. Харьков

ПРИНЦИПЫ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНОЙ ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ

Было проведено исследование 97 больных соматоформной вегетативной дисфункцией сердца и/или сердечно-сосудистой системы (СВДССС).

Обследование больных СВДССС включало клинико-психопатологический, психодиагностический и статистический методы. Были выделены 2 группы синдромов: синдромы, которые обуславливали нозопринадлежность или определяли клинику расстройства в целом; а также относительно неспецифические синдромы общевротического регистра, которые распространялись на все клинические группы. При этом практически во всю синдромальную структуру включались расстройства тревожно-депрессивного спектра.

Анализ данных, полученных по результатам всех проведенных обследований, позволил установить сложную структуру патогенетических механизмов развития СВДССС. Одним из ведущих патофизиологических механизмов является диссоциация между относительно низким уровнем нейротизма и высоким уровнем показателей личностной тревожности у больных.

Многоуровневый характер патогенеза развития СВДССС и высокая представленность нарушений эмоциональной сферы обусловили разработку системы психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий.

Принципом построения системы был уровневый, направленный на коррекцию эмоциональной сферы, оптимизацию вегетативной регуляции, повышение уровня социального функционирования.

На начальном этапе нами использовалась суггестивная психотерапия с элементами телесно-ориентированной психотерапии, которая проводилась в

группах по 10-12 больных. При этом телесный компонент формировался соответственно нозоспецифической симптоматике. Суггестивное содержание словесных формул было направлено на снятие эмоционального напряжения, концентрации внимания на сердечно-сосудистой системе. Развивалась способность коррекции своего эмоционального состояния и сомато-вегетативными проявлениями.

На втором этапе проводилась групповая психотерапия – 10-12 сеансов групповой психотерапии продолжительностью 45-60 минут, ежедневно. Основной акцент делался на когнитивно-бихевиоральной терапии (КБТ).

Постепенно осуществлялся переход к третьему этапу, где основным было овладение элементами аутотренинга (АТ). Методика проводилась по классическим формулам Шульца в модификации А.Т.Филатова.

Критериями эффективности терапии были нормализация эмоционального состояния, самочувствия больных, снижение уровня тревожности, повышение уровня самооценки своего состояния.

В процессе терапии было достигнуто значительное улучшение состояния у 39 больных ($79,40 \pm 2,21\%$), незначительное улучшение – у 54 ($16,12 \pm 2,01\%$). У 15 больных ($4,48 \pm 1,13\%$) не удалось достичь существенных позитивных изменений состояния.

Полученные результаты показали, что для больных СВДССС наиболее эффективным является применение системы психотерапевтической коррекции, построенной по интегративному принципу, которая включает в себя комплекс суггестивной психотерапии с элементами телесно-ориентированной психотерапии, групповой психотерапии, КБТ и АТ.

УДК:616.89-082:614.253.8

Ладик-Бризгалова А. К.

КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня № 2 м. Донецька»

ОБ'ЄКТИВІЗАЦІЯ ВІДНОШЕННЯ МЕДИЧНОГО ПЕРСОНАЛУ ДО ПАЦІЄНТІВ В УМОВАХ ПСИХІАТРИЧНОГО СТАЦІОНАРУ

В уявленні українського суспільства психіатрія традиційно асоціюється з патерналізмом та авторитаризмом, що перешкоджає розвитку цієї сфери медичних послуг відповідно до сучасних європейських тенденцій. Не зважаючи на регулярне оновлення нормативної бази, що регламентує правовий захист та етичні аспекти, відношення до пацієнта в умовах психіатричного відділення як і раніше є «традиційно психіатричним» та ігнорує особистість. При фокусуванні наукового погляду на цьому питанні у центрі уваги виявляється середній та молодший медичний персонал, з яким на етапі стаціонарної допомоги пацієнт взаємодіє цілодобово. Збірний образ медичної сестри у психіатричному відділенні несе у собі риси патерналізму у вигляді гіперопіки, повчальності, заступництва, та не передбачає розгляду пацієнта як особистості, рівноправного суб'єкта взаємовідносин. Вивчене ігнорування думки пацієнта обумовлюється переконаністю в його нездатності самостійно визначити свої потреби. Стереотип відношення до психічно хворого, що передається через покоління серед медичного персоналу, виявляє значну ригідність, та вимагає додаткового вивчення.

З метою об'єктивізації взаємовідносин «медична сестра — пацієнт» та «молодша медична сестра — пацієнт» в соматопсихіатричному відділенні КЛПУ «Міська психоневрологічна лікарня №2 м. Донецька» було розроблено опитувальник «Відношення персоналу».

Опитувальник складається з 14-ти стверджень позитивного та негативного характеру, які потребують відповіді за чотирьохбальною шкалою, у зв'язку з частотою подій, що зустрічаються: 0 – ніколи; 1 – інколи; 2 – часто; 3 – завжди. Обробка результатів проводиться підсумуванням балів за кожним пунктом: бали стверджень, негативних за змістом (№№2,3,4,5,7,8,

9,10,11,14) підсумовуються в прямому порядку; бали стверджень позитивного змісту (№№1,6,12,13) — у зворотному (3=0, 2=1, 1=2, 0=3).

Опитувальник носить полярний характер, так показники від 0 до 14 балів відповідають гарному відношенню медичного працівника до пацієнта; від 15 до 28 — нейтральному; від 29 до 42 — негативному. Максимальний показник складає 42 бали, що свідчить про крайню міру негативного відношення медичного працівника до пацієнта, відповідно, 0 балів — крайній мірі позитивного.

Було опитано 40 пацієнтів, що знаходяться на лікуванні у соматопсихіатричному відділенні, стосовно 24 медичних сестер та молодших медичних сестер. За результатами опитувальника «Відношення персоналу» можна зробити наступні висновки: 5 працівників отримали високі бали, що свідчить про недостатньо коректне відношення до пацієнтів та відбулося високим рівнем незадоволеності з боку пацієнтів; 10 працівників потрапили до зони невизначеності з тенденцією у бік негативного або позитивного відношення; 9 працівників отримали низьку кількість балів, що свідчить про досить гарне відношення до пацієнтів.

Узагальнені результати дослідження дозволили об'єктивізувати отриману інформацію, та звести до мінімуму погрішності, можливі у разі особистої неприязні пацієнта до медичного працівника. Виявлення різниці показників за результатами скринінгових опитів актуалізує конкурентоспроможність у медичного персоналу, а перспектива поліпшити показники під час наступного тестування є мотивацією до зміни відношення до пацієнтів. Розроблений опитувальник може бути рекомендований до використання у психіатричних відділеннях з метою об'єктивізації відношення працівників відділень до пацієнтів.

УДК 616.314

Литвиненко В.В.

Харківський національний медичний університет

КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ РОЗЛАДИ ВНАСЛІДОК ВЖИВАННЯ ПСИХОСТИМУЛЯТОРІВ У ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ

Протягом останніх п'ятнадцяти років в країні тривало стрімке поширення наркоманій. За даними МОЗ України на 1.01.2011 р. кількість хворих на наркоманії сягнула 85006 осіб. Однак ця цифра відноситься лише до хворих, які знаходяться на диспансерному наркологічному обліку. Що стосується так званих епізодичних споживачів наркотиків, то їх кількість, за експертними оцінками, може бути в 8-15 разів більше, ніж кількість зареєстрованих органами охорони здоров'я хворих.

В клініці психічних та поведінкових розладів внаслідок вживання психоактивних речовин афективна патологія займає одне з головних місць. Афективні роз-

лади безпосередньо пов'язані зі стрижневою ознакою станів залежності — потягом до об'єкту зловживання.

Афективні та когнітивні розлади, з одного боку, створюють додаткову мотивацію для вживання психоактивної речовини, а з іншого — є одними з обов'язкових наслідків такого вживання. Вони є одним з факторів, що сприяють прогресуванню основного захворювання — хімічної залежності.

Мета роботи: особливості формування афективних та когнітивних розладів та їх клінічної структури у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів та розробка патогенетично обумовлених систем їхньої корекції.

Для вирішення поставленої мети нами з дотриманням принципів біоетики та деонтології проведено комплексне дослідження 100 хворих із синдромом залежності від психостимуляторів у віці 18-35 років.

У роботі на основі системного підходу до оцінки результату комплексних клініко-анамнестичних, клініко-психопатологічних, психодіагностичних досліджень встановлений причинно наслідковий взаємоз-

в'язок біологічних, соціально-психологічних та клініко-психопатологічних чинників, що визначають формування афективних та когнітивних розладів у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів.

На основі одержаних під час роботи результатів розроблені базові критерії для будування патогенетичної терапії афективних та когнітивних розладів у осіб молодого віку залежних від психостимуляторів.

УДК 616.89

Лісова Є.В.

ХМАПО, кафедра психотерапії

СУЧАСНИЙ СТАН ПРОБЛЕМИ НЕВРАСТЕНІЇ

В даний час, особливо в умовах соціальної кризи, в суспільстві спостерігається зростання неспсихотичних форм психічної патології, насамперед за рахунок збільшення захворюваності невротичними розладами. З початку нинішнього сторіччя і до нашого часу, кількість хворих невротичними розладами в найбільш розвинених країнах світу суттєво збільшилось.

Проведений аналіз сучасних уявлень щодо неврастенії показав наступне: зараз спостерігається досить висока питома вага неврастенії в популяції. Невизначеними є питання етіопатогенезу неврастенії. Останніми роками, при пошуку неспецифічних механізмів формування межових психічних розладів, все більше місця починають займати клініко-імунологічні дослідження. Результати досліджень вказують на можливість кореляції різних клінічних типів неврастенії, з процесами активації імунітетів. Ці дані створюють передумови до пошуку нових патогенетично обґрунтованих підходів до лікування неврастенії. В процесі вивчення приморбідних особливостей хворих на неврастенію виявлено певний взаємозв'язок конституціональних і надбаних особливостей особистості.

Неврастенічний симптомокомплекс широко представлений у складі інших захворювань, це обумовлює необхідність подальшого вивчення неврастенії відповідно до МКХ-10, розкриття ролі в її патогенезі біологічних (конституціональних і адаптаційних особливостей) пацієнтів, віку і статі, зовнішніх соціально-сімейних чинників для прогнозування типу клінічного перебігу і індивідуалізації схем комплексного лікування даного контингенту хворих.

Таким чином, у зв'язку з вищевказаним, набуває соціальну значимість вивчення наукового аспекту етіотропного і патогенетичного обґрунтування діагностичних і лікувальних заходів для хворих неврастенією.

Все це обумовило визначення, як пріоритетного напряму, встановлення причинно-наслідкового взаємозв'язку біологічних (конституціональних і адаптаційно-компенсаторних показників), соціально-психологічних і клініко-психопатологічних чинників визначальних для формування сучасних форм неврастенії і розробки інтегративних систем медико-психологічного супроводу.

УДК 616.89

Лобунець Г.Ю.

Кафедра психотерапії, ХМАПО, м. Харків

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ У СТУДЕНТІВ-ІНВАЛІДІВ ВНЗІВ

Проблема здоров'я осіб молодого віку названа одним з пріоритетних напрямків діяльності ВООЗ у ХХІ сторіччі. Негативні тенденції щодо погіршення здоров'я студентської молоді обумовлені впливом медико-соціальних, генеалогічних, психологічних та інших факторів (Б.В. Михайлов, О.І. Сердюк, 2005; В.Ф. Москаленко, Ю.І. Фещенко, 2006; П.В. Волошин, 2007). Об'єктивне дослідження механізмів етіології і патогенезу психосоматичних захворювань в походженні котрих суттєве значення має психогенний чинник є пріоритетним в теперішній час (І.Ф. Аршава, 2008, 2010; Н.Ф. Шевченко, 2010; К.С. Максименко, 2009; М.В. Маркова, В.В. Бабич, 2008).

Зараз в Україні спостерігається феномен підвищення психо-емоційного навантаження популяції, що

призводить до виникнення психосоціальних проблем в суспільстві, негативно впливаючи в т.ч. числі на студентську молоддь, а особливо на студентів — інвалідів.

Однією з найважливіших педагогічних завдань будь-якого вузу є робота зі студентами, спрямована на більш швидку і успішну їх адаптацію до нових систем навчання і соціальних відносин, на освоєння ними нової ролі — студентів

Адаптація студентів до навчання у ВНЗ — це інтенсивний, динамічний, багатосторонній і комплексний процес життєдіяльності, в ході якого в індивіда на основі відповідних пристосувальних реакцій формуються стійкі навички задоволення вимог, які пред'являються до нього в період навчання. (Г.М. Кожина, Л.М. Гайчук, Е.О. Зеленський, 2011)

Адаптацію особистості можна розглядати на різних рівнях її перебігу, тобто в міжособистісних відносинах, індивідуальній поведінці, психофізіологічній регуляції і фізіологічних механізмах забезпечення діяльності організму.

Все вищевикладене визначає актуальність і доцільність проведення дослідження, присвяченого розробці системи медико-психологічної корекції розладів адаптації у інвалідів які навчаються у вищих навчальних закладах на підставі вивчення їх структури, динаміки психопатологічних механізмів формування. За умови інформованої згоди із дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2008-2010 рр. обстежено 120 студентів-інвалідів, групи досліджен-

ня та 100 студентів групи порівняння. Також проводилося скрінінгове дослідження у 300 студентів — інвалідів і 300 студентів.

Було встановлено, що системі реабілітаційних заходів психологічна корекція та соціальна реабілітація відіграє одну з головних ролей. Були розроблені методи психологічної корекції відносно осіб з інвалідністю, які навчаються в вищих навчальних закладах.

Була розроблена система медико-психологічної корекції у осіб з інвалідністю, які навчаються у вищих навчальних закладах на підставі вивчення їх структури, динаміки патопсихологічних механізмів формування розладів адаптації.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

Маркова М. В., Діхтяр В. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти
КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер»

РІВЕНЬ ФУНКЦІОНУВАННЯ РОДИНИ ЯК КРИТЕРІЙ ВИБОРУ ТИПУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ВТРУЧАННЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

Мета роботи — встановлення особливостей сімейної взаємодії родин пацієнтів, як основи для розробки системи психотерапевтичних заходів в їх комплексному лікуванні. Для здійснення зазначеної мети за умови інформованої згоди на базі психоневрологічного відділення № 1 КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» клініко-психопатологічним та психодіагностичним методами обстежено 156 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію F 20.0 (ПШ).

У ході дослідження ідентифіковано рівні функціонування родин хворих на ПШ ($p < 0,01$). Характеристика рівнів функціонування родини в залежності від тяжкості впливу на них негативних чинників та інших значущих показників представлено у табл., з якої видно, що при *першому рівні* сімейного функціонування (21,2%), родині властиві легкі порушення. Деадаптивні реакції родини на даному рівні проявляються тривогою, невдоволеністю, протидією з боку родини

Характеристика рівнів функціонування родини хворого

Показник	Рівень сімейного функціонування		
	Перший	Другий	Третій
Порушення відносин у родині	Вертикальне	Горизонтальне	Вертикальне / горизонтальне
Рівень середнього індексу об'єктивного показнику ЯЖ	Перший – порушення соціоемоційної підтримки; Другий – порушення фізичного благополуччя та працездатності	Третій – порушення суспільної та службової підтримки й загального сприйняття якості життя	Четвертий – порушення у: самообслуговуванні, незалежності у діях, самореалізації, міжособистісної взаємодії; П'ятий – психологічне / емоційне неблагополуччя
Наявність у родині «ключової фігури»	Так	Так / ні	Ні
Внесок сімейних факторів	Концентрування допомоги хворому без врахування сімейного оточення	Деструктивна поведінка «ключової фігури»: посилений контроль, гальмування соціалізації, гіперпротекція	Комунікативна (сімейна) тривога та довгі сімейні стреси
Тип взаємодії у родині	II тип – конструктивний (гармонічний)	I тип – деструктивний (емоційно-відчужений)	III тип – змішаний (напружено-дисоціативний)
Деадаптивні реакції сім'ї	Тривога, невдоволеність, протидія з боку родини спробам соціалізації пацієнта	Завищені або занижені родинні очікування від пацієнта	Неготовність до змін та емоційної комунікації, побудови нової системи підтримки; реакція на дію психофармакотерапії на пацієнта
Рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині	Перший	Другий	Третій

спробам соціалізації пацієнта. *Другий рівень* із горизонтальним порушенням відносин у родині (між членами родини різних поколінь) (28,2%) в цілому проявляється деструктивною поведінкою «ключової фігури» із емоційним відчуженням взаємовідносин та завищеними або заниженими родинними очікуваннями від пацієнта. Відповідно, *третьому рівню* функціонування родини властиве глибоке порушення динаміки родинної системи (50,6%). Так, взаємовідносини між окремими членами родини не лише не розвиваються («емоційний колапс»), а ще й мають деструктивний вплив на загальний «психологічний комфорт» всієї родини.

В основу запропонованих психотерапевтичних стратегій, покладено тісноту взаємозв'язку між адаптаційним потенціалом та чинниками, які формують рівень прихильності, а саме: 1. *на першому рівні сімейного функціонування* (із високим адаптаційним потенціалом пацієнта та родини та незначним впливом чинників низької прихильності до психотерапії), акцент повинен робитися на доступній формі сприйняття психотерапії із підкресленням позитивних змін від неї; 2. *для другого рівня сімейного функціонування* (із середнім адаптаційним потенціалом пацієнта та родини та значним впливом чинників низької прихильності до психотерапії) при виборі психотерапевтичної стратегії перевага повинна надаватися освітнім заняттям щодо заохочення до психотерапії пацієнта та родини із врахуванням фармакологічного впливу медикаментозної терапії; 3. *при третьому рівні сімейного функціонування* (із низьким адаптаційним потенціалом пацієнта та родини й дуже значним впливом чинників низької прихильності до психотерапії), психотерапевтична стратегія обов'язково повинна надавати змогу не лише ідентифікувати низьку прихильність до психотерапії, а у більшій мірі — забезпечити пошук маркерів низької прихильності.

Таким чином, при *першому рівні функціонування родини* для пацієнта необхідно застосовувати наступні психотерапевтичні впливи: 1) емоційна підтримка, основна функція — підтримка задовільного терапевтичного контакту; 2) стимуляція, основна мета — максимальна мобілізація самостійної когнітивної діяльності хворого, його саморозкриття, активної участі в рішенні проблем. При *другому рівні функціонування родини* для пацієнта використовують: 3) поради (пряме керівництво, пропозиція конкретного варіанта поведінки, вказівка у директивній формі); 4) роз'яснення та уточнення, основна мета — підвищення точності розуміння суті одержуваної від хворого інформації, виключення можливих паралельних тлумачень змісту, усунення

недостатньої значеннєвої зв'язаності повідомлюваної інформації; 5) конфронтація, головна мета — повернення у свідомість хворого інформації, яка вибірково зникла внаслідок фільтрації дезадаптивних психологічних установок, демонстрація ознак наявності інтрапсихічних конфліктів і пов'язаних з ними психологічних процесів, що спотворюють сприйняття реальності. У даному випадку конфронтація — це повідомлення не стільки суті інформації, скільки пов'язаного з нею значимого переживання. Матеріалом для конфронтації є й поведінка хворого безпосередньо в ході психотерапії (опір, перекручення тощо). При *третьому рівні функціонування родини* для пацієнта необхідно застосовувати: 6) об'єктивацію (успіх корекції дезадаптивних установок залежить від повноти виявлення провідних неусвідомлюваних компонентів переживань і поведінки, їхньої конкретизації, вербалізації й показу хворому їхньої невідповідності об'єктивної дійсності); 7) Інтерпретацію (роз'яснення значення поведінки або переживань хворого). Інтерпретація — це сполучена ланка в роботі з неусвідомлюваними компонентами переживань хворого, що робить можливою реалізацію досягнутої психотерапевтичної корекції в новому змісті поведінки хворого. На основі виділених типів психотерапевтичного втручання в залежності від рівня родинного функціонування сім'ї хворого на ПШ, нами запропоновані та впроваджені блок-модулі тематичних психотерапевтичних заходів (ПЗ), як для самого пацієнта, так й для його родини.

За результатами дослідження ефективності впровадження ПЗ виявлено, що за умов нівелювання чинників низької прихильності пацієнтів та їх родин до ПЗ шляхом використання запропонованих стратегій, оптимізації здатності пацієнта та його родини підтримувати високий рівень прихильності до психотерапії в залежності від рівня функціонування сім'ї і пацієнта, при використанні визначених мішенів психотерапії, встановлено достовірні позитивні зміни як в окремих сферах соціального функціонування пацієнтів й їх міжособистісній поведінці, так й у цілому в загальному стані та якості життя пацієнтів ($p < 0,05$). За думкою родичів, ситуація у родині змінилася на краще із концентруванням допомоги хворому з врахуванням потенціалу сімейного оточення, зниженням сімейних стресів, порозумінням членів родини та хворого. Тип взаємодії у родині більшістю родичами характеризувався як конструктивний. В цілому по відношенню до хворого у родинних змінилася тривога, невдоволеність, протидія його соціалізації. Контакт із хворими став більш продуктивним, а родинні очікування від пацієнта більш реальними.

УДК 616.895.4-071-037-085

Марута Н.О., Панько Т.В.ДУ «Інститут неврології психіатрії та наркології НАМН України»
м. Харків**ОСОБЛИВОСТІ ДІАГНОСТИКИ ТА ТЕРАПІЇ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ВІКОВОМУ АСПЕКТІ**

Серед психічних розладів депресія є одним із найпоширеніших психічних захворювань: за даними ВООЗ, більше 110 мільйонів осіб страждають на депресії і кількість їх неухильно зростає у осіб різних віко-

вих груп. Для сучасної України проблема депресивних розладів в цілому та у осіб похилого віку в особливості стає все більш актуальною внаслідок ряду факторів — велика кількість населення похилого віку, самотність

осіб похилого віку, потреба у сторонньому догляді.

З метою покращення діагностики та лікування депресивних розладів було проведено комплексне дослідження, що включало клініко-психопатологічний метод, що був доповнений методикою «Особистісний опитувальник Бехтеревського інституту» (ООБІ) та психометричною шкалою депресії Гамільтона (HDRS). Патопсихологічне дослідження включало в себе вивчення особистісних особливостей, потребно-мотиваційної сфери, емоційного функціонування і внутрішньоособистих конфліктів у хворих на депресивні розлади двох вікових груп за допомогою методики «Характерологічні акцентуації особистості та нервово-психічна нестійкість (ХАО-НПН)», методики вивчення ціннісних орієнтацій в модифікації О. Б. Фанталової, методики визначення рівня тривожності Дж. Тейлор, способу визначення суїцидального ризику.

На підставі комплексного обстеження 70 хворих похилого віку (основна група) та 50 хворих середнього віку (група порівняння) були встановлені загальні особливості в структурі депресивних розладів в залежності від віку. встановлено, що у хворих похилого віку початок захворювання носив затяжний або підгострий характер (у осіб середнього віку — гострий), симптоми депресії сполучались з іпохондричними та сенесто-іпохондричними симптомами; у хворих похилого віку захворювання починається з соматичних симптомів, які з часом супроводжуються емоційними порушеннями (у хворих середнього віку — захворювання починається саме з емоційних порушень, які з часом можуть супроводжуватись соматичними симптомами).

Показники виразності депресивної симптоматики за даними шкали Гамільтона відбивають високий рівень депресивних проявів у всіх хворих незалежно від віку: у хворих похилого віку ці показники становлять

27,46 балів, у хворих групи порівняння 23,18 балів. Більш високі значення за шкалою Гамільтона у хворих основної групи свідчать про більшу глибину суб'єктивного сприйняття депресії у хворих похилого віку. При аналізі за шкалою HDRS — виразність соматичних симптомів депресії («Шлунково-кишкові соматичні симптоми»), афективних проявів («Загальмованість», «Безсоння посеред ночі» та «Іпохондрія») є достовірно вищою у хворих основної групи, в той час як показники «Ажитация» та «Самооцінка (визнає себе хворим)» були достовірно вищими у хворих середнього віку.

Для хворих похилого віку характерним є більш високий суїцидальний ризик: 26,51 балів у хворих основної групи та 24,25 балів у хворих групи порівняння.

Переважаючими типами відношення до хвороби у хворих основної групи достовірно значущими у співставленні з групою порівняння були меланхолічний (54,29 %), іпохондричний (65,71 %) та егоцентричний (42,86 %) типи (у хворих групи порівняння достовірно частіше зустрічались тривожний (74,29 %) та obsesивно-фобічний (28,57 %) типи). Хворі похилого віку мають більш пасивне відношення до власної хвороби, в той час як хворі групи порівняння проявляють більш невротичні форми реагування та відношення до власної хвороби, прагнуть протистояти розвитку хвороби.

Терапія депресивних розладів у осіб похилого віку повинна починатися як можливо раніше, носити комплексний характер, враховувати переважаючу симптоматику, включати антидепресанти та психотерапію та проводитися трьома послідовними етапами: I етап (купіруюча фаза) — триває 3 — 4 тижня, II етап (стабілізуюча фаза) — триває протягом 3 місяців, III етап (підтримуючий) проводиться протягом наступних 5 — 6 місяців.

УДК 616.36-002.576.343-57.05.12

Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Чеботарьов Є.В.

Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (м. Харків)
ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)

ВПЛИВ ПОЛІОКСИДОНІУ НА ІМУННИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА СОМАТИЗОВАНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

Соматизовані депресивні розлади (СДР) характеризуються виникненням симптоматики, характерної для захворювань внутрішніх органів або нервової системи, що повторюється, разом із постійними вимогами медичного обстеження і лікування у лікарів-фахівців. Значна увага на сучасному етапі патогенезу СДР приділяється вивченню характеру порушень імунологічного та біохімічного гомеостазу. Тому потрібна розробка досить ефективних способів лікування та профілактики рецидивів СДР, що має суттєве значення для клінічної психіатрії. Метою роботи було вивчення впливу поліоксидонію (ПО) на динаміку показників фагоцитарної активності моноцитів та її ізоферментний спектр у хворих на СДР. Було обстежено 108 хворих на СДР у віці від 18 до 55 років (37 чоловіків та 71 жінка). Основна група складала 56 осіб, група зістав-

лення — 52 особи. Хворі групи зіставлення отримували загальноприйняте лікування, хворі основної групи лікувалися за допомогою мелітору та ПО. Обидві групи хворих були рандомізовані за віком та статтю, а також ступенем вираженості депресії. В обох групах переважали пацієнти з середнім ступенем важкості депресивних розладів із наявністю соматичної симптоматики та відсутністю при цьому психотичних проявів (F32.11 або F33.11 за МКХ-10). Поряд із загальноклінічним обстеженням в обох групах хворих вивчали в якості показників, відображаючих стан МФС, активність фагоцитозу моноцитів/макрофагів периферійної крові. Для цього аналізували фагоцитарну активність моноцитів (ФАМ) периферійної крові, яку вивчали чашечковим методом. При цьому вивчали такі показники — фагоцитарне число (ФЧ), фагоцитарний

індекс (ФІ), індекс атракції (ІА) та індекс перетравлення (ІП). При проведенні імунологічного обстеження було встановлено, що показники ФАМ до початку лікування як в основній групі хворих з СХВ, так і в групі зіставлення мали суттєві розбіжності щодо норми. Дійсно, зниження усіх чотирьох показників ФАМ мало місце у всіх обстежених нами пацієнтів. Так, ФІ був знижений у середньому в 1,6 рази відносно норми ($P < 0,001$) та становив $(18,0 \pm 0,8)\%$, ФЧ у цей період дослідження було знижено в 1,9 рази та складало $2,2 \pm 0,15$ ($P < 0,001$). Показник ІА був в середньому в 1,6 рази нижче норми ($P < 0,01$) і сягав значення $11,0 \pm 0,25$, ІП складав $(12,7 \pm 0,26)\%$, що було нижче норми в 2 рази. Отже, у хворих на СДР обох груп мало місце суттєве пониження усіх фагоцитарних показників, особливо ІП. Таке суттєве зниження ІП у обстежених пацієнтів свідчить про недостатню ефективність механізмів фагоцитарної реакції МФС, тобто про незавершеність процесів фагоцитозу. Після завершення лікування у пацієнтів основної групи, які додатково отримували сучасний імуноактивний препарат ПО, було виявлено чітко виражену позитивну динаміку показників МФС. У пацієнтів із основної групи відмічалася

практично повна нормалізація показників, які характеризують стан МФС. Так, ФІ виріс відносно вихідного рівня в 1,52 рази та складав $(27,3 \pm 0,7)\%$, ФЧ становило $3,7 \pm 0,25$, що практично відповідало нижній межі норми. Аналогічна тенденція відмічена і стосовно ІА та ІП, які на момент завершення лікування становили $(16,0 \pm 0,3)\%$ та $(25,5 \pm 0,26)\%$ відповідно. Щодо пацієнтів групи зіставлення, які отримували лише загальноприйнятну терапію, ФІ підвищився до $(23,0 \pm 0,9)\%$, однак був нижче норми у середньому в 1,2 рази ($P < 0,05$); ФЧ виросло відносно вихідного значення в 1,4 рази і становило $3,2 \pm 0,15$, що однак було у середньому в 1,3 рази менше норми ($P < 0,05$). ІА у хворих на СДР підвищився до $(14,1 \pm 0,3)\%$, що все ж таки було менше норми у середньому теж в 1,3 рази ($P < 0,05$). ІП на момент завершення лікування складав $(21,3 \pm 0,25)\%$, що було нижче норми в 1,2 рази ($P < 0,05$). Отримані результати дозволяють вважати, що включення ПО до комплексу лікування хворих на СДР сприяє нормалізації показників ФАМ. Отримані нами результати дозволяють рекомендувати включення сучасного імуноактивного препарату ПО в комплекс лікування хворих на СДР.

УДК 616.895.4-092:612.017.1.018

Марута Н.О., Рачкаускас Г.С., Фролов В.М.Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України (м. Харків)
ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м. Луганськ)

ІНТЕРФЕРОНОВИЙ СТАТУС ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ З ТЕРАПЕВТИЧНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ НУКЛЕІНАТУ

Проблема терапевтичної резистентності (ТР) при параноїдній шизофренії (ПШ) є одним з найбільш актуальних питань сучасної світової психіатрії, частота формування котрої досягла за даними різних авторів від 30 до 35% серед хворих, госпіталізованих до психіатричних стаціонарів. За останні роки був накоплений позитивний досвід використання імунотропних препаратів з метою подолання ТР до нейролептиків. Встановлено, що в патогенезі ТР суттєве значення мають порушення з боку інтерференового статусу (ІФС) організму. Метою роботи було вивчення впливу сучасного імуноактивного препарату нуклеінату на ІФС хворих на ПШ з ТР до нейролептиків. Під спостереженням знаходилося 73 хворих з діагнозом ПШ та наявністю в них ТР до нейролептиків. Усі хворі були розподілені на 2 групи, рандомізовані за статтю, віком, клінічним варіантом перебігу ПШ. Пацієнти основної групи (37 осіб) додатково до нейролептиків отримували імуноактивний препарат нуклеінат, хворі групи зіставлення (36 осіб) лікувалися лише традиційними психотропними препаратами. Нуклеінат — імуномодуючий засіб, який стимулює лейкопоез у кістковому мозку, нормалізує клітинний імунітет, підвищуючи міграцію і кооперацію Т- і В-лімфоцитів та фагоцитарну активність макрофагів. Разом із загальноклінічними дослідженнями у обстежених хворих в динаміці вивчали ІФС: активність сироваткового ІФН (СІФ), а та-

кож вміст б-ІФН і г-ІФН у крові імуноферментними методами. Сумарно середня активність СІФ у сироватці крові хворих на ПШ з ТР до початку лікування складала $(1,57 \pm 0,07)$ МО/мл, що було в середньому в 1,8 рази нижче за показник норми ($P < 0,001$). При цьому не було встановлено вірогідних розбіжностей між активністю СІФ у пацієнтів основної групи та групи зіставлення. Сумарно концентрація б-ІФН у сироватці крові хворих на ПШ з ТР основної групи була в середньому в 1,54 рази нижче норми ($P < 0,01$) та дорівнювала $(14,6 \pm 0,8)$ пг/мл, а у пацієнтів групи зіставлення — була знижена стосовно норми в середньому в 1,49 рази ($P < 0,01$) та складала $(15,1 \pm 0,5)$ пг/мл. Концентрація г-ІФН у крові була зниженою відносно норми у пацієнтів основної групи в середньому в 1,24 рази ($P < 0,05$), у хворих групи зіставлення — в 1,22. Таким чином, у більшості обстежених хворих на ПШ до початку лікування відмічається дисбаланс у системі інтерферону, який характеризується вірогідним зменшенням як активності СІФ, так і вмісту б-ІФН та г-ІФН у сироватці крові пацієнтів. При проведенні лабораторного дослідження після завершення курсу лікування було встановлено наявність у більшості хворих основної групи (яка отримувала нуклеінат) вираженого позитивного ефекту. Так, встановлено що у пацієнтів основної групи, активність СІФ підвищилася в середньому в 1,8 рази та досягла $(2,81 \pm 0,03)$ МО/мл. В той же час у хво-

рих групи зіставлення активність СІФ підвищилася лише в 1,16 рази, досягаючи ($1,84 \pm 0,04$) МО/мл. Концентрація б-ІФН у крові хворих основної групи в динаміці лікування з використанням нуклеїнату підвищилася в середньому в 1,5 рази та досягла ($21,9 \pm 0,6$) пг/мл. В групі зіставлення за період лікування рівень б-ІФН у сироватці крові хворих збільшився в 1,22 рази, та при цьому залишався також у 1,22 рази нижче норми ($P < 0,05$) та в 1,19 рази нижче відповідного показника у хворих основної групи ($P < 0,05$). Рівень -ІФН у хворих основної групи в ході лікування

підвищився в середньому в 1,21 рази та досяг меж норми, складаючи ($18,1 \pm 0,5$) пг/мл. У групі зіставлення рівень г-ІФН збільшився лише в 1,08 рази. Кратність зниження вмісту г-ІФН у крові хворих групи зіставлення в цей період дослідження становила 1,13 рази стосовно норми ($P < 0,05$) та в 1,1 рази відповідно показника у хворих основної групи ($P < 0,05$). Таким чином, отримані дані свідчать про те, що застосування сучасного імуноактивного препарату нуклеїнату в комплексі лікування хворих на ПШ з ТР до нейролептиків є патогенетично обґрунтованим та клінічно доцільним.

УДК 616.895.4:616.851.82

Марута Н.О., Семікіна О.Є., Каленська Г.Ю.

ДУ «ІНСТИТУТ неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
м. Харків

ОСОБЛИВОСТІ АРТ-ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ ОРГАНІЧНОГО ҐЕНЕЗУ

В структурі психічної патології в останні десятиріччя відмічається стійка тенденція до росту депресивних розладів (Напреєнко О.К. 2002). При цьому реєструється зростання як самостійних форм депресії, так і різноманітних варіантів депресивних синдромів, які входять в структуру інших психічних захворювань (Підкоритов В.С., Чайка Ю.Ю. 2003; Смулевич О.Б., 2001). Слід зазначити, що навіть у вік розвиненої медицини не можна справитися з проблемою депресій тільки фармакотерапією, необхідно підходити до вирішення проблеми інтегрально і комплексно, з урахуванням психотерапевтичного впливу в рамках арт-терапії.

Дослідження проводилось в ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України». Було обстежено 35 хворих на депресивний розлад органічного ґенезу, що отримували поряд з фармакотерапією курс арт-терапії.

Для хворих з депресивними розладами органічного ґенезу нами був розроблений та втілений курс арт-терапевтичних заходів, що ґрунтувались на загальноприйнятих методологічних принципах арт-терапії. Особливості проведення арт-терапії з хворими на депресивні розлади органічного ґенезу полягали в регламенті проведення арт-терапевтичних сесій та особливостях завдань для цієї групи пацієнтів. Були встановлені наступні етапи арт-терапевтичного процесу: 1. Підготовчий етап, початок образотворчої діяльності і формування відносин. 2. Розвиток психотерапевтичних відносин і більш активної діяльності. 3. Завершальний етап — інтеграція.

Курс арт-терапевтичних сесій проводився 2 рази на тиждень протягом 40 хвилин кожна. Кількість сеансів — 6. Структура кожної арт-терапевтичної сесії складалася з двох основних частин: 1 — невербальна,

творча, неструктурована. Основний засіб самовираження — образотворча діяльність (малюнок, живопис, скульптура). Використовувалися різноманітні механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (70 % сесії). 2 — вербальна, апперцептивна і формально більш структурована. Вона передбачала словесне обговорення, а також інтерпретацію намальованих об'єктів і асоціацій, що виникли. Використовувалися механізми невербального самовираження та візуальної комунікації (30 % сесії).

Ефективність розробленої схеми арт-терапії визначалась за допомогою наступних методів: опитувальник самовідношення (В. В. Столін, 1988); морфологічний тест життєвих цінностей (В. Ф. Сопов, Л. В. Карпушина, 1998); опитувальник „Тип відношення до хвороби” (Л.І.Вассерман із соавт., 1991); метод кольорових відносин А.М.Еткінда (1980).

Результати дослідження довели ефективність розробленої схеми арт-терапії, що полягала в: редукції стану тривоги та пригніченого настрою; підвищенні соціальної адаптації хворих; підвищенні загальної мотивації та інтересу до життя; зниженні показників тривожного, меланхолічного та апатичного ставлення до хвороби; підвищенні цінностей активних соціальних контактів, досягнення, престижу та духовного задоволення; зростанні реалізації цінностей в напрямку суспільної активності та у сфері захоплень; покращенні інтегральної самооцінки, аутосимпатії, самопослідовності та саморозуміння; поліпшенні взаємовідносин з оточуючими.

Таким чином, результати проведеного дослідження демонструють, що арт-терапія позитивно впливає на лікування хворих на депресивний розлад органічного ґенезу, що слід враховувати при проведенні психокорекційних заходів.

УДК 616.895.4:616.89-008.441.44(075)

Марута Н.А., Сновида Л.Т., Черediaкова Е.С.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»,
г. Харьков

ГЕНДЕРНО-ОБУСЛОВЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕПРЕССИЙ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ (КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ)

Депрессивные расстройства являются одной из серьезнейших проблем здравоохранения, поскольку оказываются причиной 70 % всех совершенных самоубийств, уровень смертности вследствие которых среди больных депрессивными расстройствами составляет 15 % [2,4,5]. В среднем риск самоубийства среди людей с депрессией в 20 раз выше, чем в общей популяции населения [2,5]. Высокая суицидогенность депрессивных расстройств требует детального изучения факторов обуславливающих депрессивную патологию, в том числе и гендерного фактора [1,3].

Целью данного исследования явилось изучение гендерных особенностей клинко-психопатологической структуры депрессий с суицидальным поведением.

Обследован 241 больной с депрессивными расстройствами (F32.1 и F33.1), у 128 больных (65 мужчин и 63 женщины) выявлены различные формы суицидального поведения (основная группа); у 113 больных (58 мужчин и 55 женщин) признаков суицидального поведения не обнаружено (контрольная группа).

В качестве методов исследования использованы: клинко-психопатологический метод: сбор жалоб, изучение симптомов и синдромов в динамике), а также психометрическая шкала Гамильтона (HDRS) (Hamilton M., 1967) для объективной оценки степени выраженности депрессивной симптоматики.

Согласно результатам исследования в клинике депрессий у мужчин с суицидальным поведением преобладали апато-адинамический (36,9 %) и тоскливый варианты депрессий (30,8 %) выраженного уровня тяжести ($37,3 \pm 3,6$ и $34,5 \pm 2,7$ баллов по шкале Гамильтона, соответственно).

У женщин с суицидальным поведением депрессивное расстройство проявлялось преимущественно выраженным ($24,2 \pm 1,7$ баллов по шкале Гамильтона) тревожно-ажитированным (34,9 %) и слабовыраженным ($14,5 \pm 1,3$ баллов) истерическим (30,2 %) синдромами.

В феноменологической структуре депрессий у мужчин с суицидальным риском среди эмоциональных расстройств преобладали ангедония (80,0 %), тоска (76,9 %) и безразличие (73,8%); среди расстройств

мышления чаще всего отмечались идеи малоценности (73,8 %), снижение уровня интересов (60,0 %), ригидность мышления (55,4 %), трудности в принятии решений (52,3 %); расстройства когнитивных функций проявлялись преимущественно ухудшением коммуникативных навыков (84,6 %), расстройства моторной функции проявлялись преимущественно в виде заторможенности движений, речи, мимики вплоть до полной адинамии (67,7 %); из сомато-вегетативных расстройств преобладающими были снижение массы тела (78,5 %), запоры (72,3 %), нарушения сна (69,2 %), сексуальные нарушения (64,6 %).

У больных депрессиями женщин с суицидальным поведением в клинике эмоциональных расстройств преобладали тревога (65,1 %), неудовольствие (57,1 %), постоянное ощущение усталости (50,8 %), горе, скорбь (42,9 %), отчаяние (36,5 %), печаль (31,7 %) и боязнь (31,7 %), чувство оскорбления (22,2 %); в мышлении и когнитивных функциях отмечалось снижение уровня интересов (76,2 %), навязчивые мысли (73,0 %), повышенная чувствительность к критике в свой адрес (63,5 %) и снижение уровня концентрации внимания (58,7 %); расстройства моторной функции у женщин основной группы проявлялись преимущественно двигательным беспокойством (57,1 %); в структуре сомато-вегетативных проявлений депрессий с суицидальным поведением у женщин преимущественно регистрировались вегетативно-висцеральные кризы (63,5 %), гипергидроз (60,3 %), функциональные нарушения сердечно-сосудистой системы (57,1 %), головные боли (44,4 %); среди сенсорных нарушений у женщин основной группы преобладали расстройства слуха (53,9 %), чувствительности (46,0 %), зрения неорганической природы (33,3 %), психосенсорные нарушения (30,2 %).

Выделенные в ходе исследования клинко-психопатологические особенности депрессий с суицидальным поведением у мужчин и женщин могут выступать в качестве гендерных предикторов суицидальности при депрессиях и использоваться в диагностике и терапии данного контингента больных.

УДК 616.89-008.441.44:616.895.4-037-053

Марута Н.О., Явдак І.О., Черediaкова О.С.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
м. Харків

ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОГО РИЗИКУ У ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ НА ЕНДОГЕННІ ДЕПРЕСІЇ

Самогубство є однією з основних проблем охорони здоров'я в багатьох країнах. Дані статистики та літе-

ратури свідчать про значно вищий рівень суїциду серед людей старше 75 років, з'ясовний негативними

ефектами психічних хвороб, втратою соціальної ролі і прихованою депресією [1-4].

З метою виявлення клініко-патопсихологічних та патопсихологічних предикторів формування суїцидальної поведінки у осіб похилого віку з депресивними розладами проведено комплексне клініко-психопатологічне та патопсихологічне обстеження 50 хворих похилого віку на ендogenous депресії (згідно з МКХ-10 — рекурентний депресивний розлад (F 33)).

Використані клініко-психопатологічний, психометричний (спосіб оцінки самосвідомості смерті; спосіб визначення суїцидального ризику; шкала депресії Гамільтона (HDRS)) та патопсихологічний (семантичний диференціал у модифікації Д. Фельдеса; тест-опитувальник самовідношення Століна В.В і Пантелєєва С.Р.; методика вивчення ціннісних орієнтацій Е.Б. Фанталової; фрустраційний вербальний тест Л.Н. Собчик (ФВТ)) методи дослідження.

Дані дослідження дозволили встановити, що хворі на рекурентний депресивний розлад похилого віку характеризуються високим рівнем суїцидального ризику (35,78 балів) та зниженим рівнем показника самосвідомості смерті (21,01 балів), що відображає наявність реальних аутоагресивних тенденцій.

В якості предикторів суїцидального ризику у хворих на рекурентний депресивний розлад похилого віку виділені: гострий ($r = +0,568$) та підгострий ($r = +0,348$) початок захворювання, самотність та емоційна ізоляція хворих (відсутність роботи ($r = +0,548$), відсутність повноцінного спілкування з близькими ($r = +0,724$)); поєднання та коморбідність у клінічній картині декількох психопатологічних (депресивного, тривожного, агрипнічного, іпохондричного) синдромів.

Базовою особливістю хворих на ендogenous депресивні розлади похилого віку з суїцидальним ризиком є низька загальна самооцінка, низькі показники в струк-

турі самооцінки за факторами потентності та «гармонійно» низька самооцінка відносно погодженості різних її компонентів (емоційного та операційно-технічного), що сприяє негативному сприйняттю власного Я, невдоволеністю власною соціальною позицією, низькому рівню аутосимпатії; очікуванням негативно-го відношення до себе від оточуючих; пасивної позиції, відсутності конкретних дій щодо збільшення рівня самовпевненості, та дій, що поліпшували б відношення інших до власної особи.

У патопсихологічних механізмах формування суїцидальної поведінки у хворих на ендogenous депресії похилого віку значну роль відіграють особливості емоційного реагування в ситуаціях фрустрації (низький рівень агресії та схильність до самозвинувачення і реакцій провини в сферах, що стосуються власного здоров'я та соціального статусу), а також особливості ціннісно-потребової сфери (висока загальна внутрішня конфліктність, виключна концентрація на цінності власного стану здоров'я та висока внутрішня невдоволеність ступенем її досяжності, відсутність внутрішньої спонукальної мотивації до реалізації інших цінностей).

Факторами антисуїцидального ризику у хворих на рекурентний депресивний розлад похилого віку є: переважно затяжний ($r = -0,546$) початок захворювання, апатико-абулічний варіант депресивних порушень ($r = -0,452$), позитивне самовідношення та більш активна позиція по відношенню до себе, відчуття внутрішнього резерву, потенціалу, більш активна зовнішня обвинувачувальна, наступаюча поведінка, прагнути відстояти себе.

Використання встановлених предикторів суїцидального ризику під час проведення діагностики та формування терапевтичних та психопрофілактичних заходів буде сприяти своєчасному виявленню осіб з суїцидальним ризиком та покращенню результатів терапії.

УДК 159.922.76: 159.93(043.5)

Марценковский И.А.

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии, Киев

ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ ИЗ СПЕКТРА АУТИЗМА, ПОСТРОЕННАЯ НА ПРИНЦИПАХ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Целью настоящего исследования, проводившегося в отделе медико-социальных проблем терапии психических расстройств Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии было выявление и оценка значимости факторов риска расстройств из спектра аутизма (РСА) и разработка новых стратегий профилактики. Обследовано 400 детей в возрасте от 3 до 7 лет с диагнозами РСА (F.84.0–F.84.9).

Различают первичную, вторичную и третичную профилактику. Ошибочное выделение факторов риска и непродуманные профилактические стратегии вместо снижения риска заболеваемости РСА могут привести к ухудшению состояния здоровья населения.

Примерами неудачных стратегий первичной профилактики РСА являются проводившиеся во многих

странах Европы и США «компании борьбы с вакцинацией», которые не привели к снижению заболеваемости аутизмом, но ухудшили эпидемическую ситуацию и дискредитировали в глазах педиатров саму идею такого направления первичной профилактики, как «специальный график вакцинации у детей с симптомами нарушений общего развития в возрасте до трех лет». Примерами стратегий вторичной профилактики при РСА являются безглютеновые и безказеиновые диеты, эффективные у детей дошкольного возраста. В старшем возрасте чрезмерная акцентация внимания родителей на специальных диетах нередко сопровождается необоснованным приемом различных пищевых добавок и снижением внимания к терапевтически эффективным формам терапии -прикладному поведенческому анализу, игровой терапии (техникам

последовательных минимальных вмешательств). Третичная профилактика при РСА имеет целью социальную (достижение максимально возможного уровня социального функционирования), психологическую (достижение возможности независимости существования) и медицинскую (устранение поведенческих нарушений) реабилитацию и предупреждение социальной дисфункциональности. Примером успешной стратегии третичной профилактики является «стратегия инклюзивного обучения», к числу неуспешных стратегий можно отнести «дельфинотерапию» — метод психотерапии с доказанной в ходе контролируемых исследований неэффективностью.

Среди многочисленных факторов риска РСА более сильным влиянием характеризуются факторы, действие которых принято связывать с появлением новых мутаций при зачатии ребенка: поздний возраст матери и / или отца на момент зачатия, зачатие путем экстракорпорального оплодотворения, прием антидепрессантов или солей вальпроовой кислоты в течение года до зачатия ребенка. Поздний возраст отцов более зна-

чимо повышает риск заболевания, чем матерей. По-видимому, у мужчин старше 35 лет плотность генетических мутаций выше, чем у женщин. Полученные данные позволяют отнести охрану здоровья родителей — пропаганду здорового образа жизни, охрану репродуктивного здоровья не только матери, но и отца будущего ребенка к стратегиям первичной профилактики РСА.

Действие токсических факторов во время беременности (курение, вирусные и бактериальные заболевания, прием лекарственных веществ) также повышает риск РСА. Важное значение имеют и другие перинатальные вредности. Доказано повышение риска развития аутизма при наличии одного или нескольких неблагоприятных событий акушерского анамнеза, таких, как низкий вес при рождении (<2500 г), низкая оценка по шкале Апгар на 5 минуте (< 6 або < 7), гистационный возраст при рождении < 37 недель, родовспомогательные операции в акушерском анамнезе. По-видимому, обеспечение благоприятного протекания беременности можно отнести к числу стратегий вторичной профилактики РСА.

УДК 616.1+116-002.77

**Марценковський І.А., Бікшаєва Я.Б., Ващенко О.С.,
Дубовик К.В.**

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, Київ

УПРАВЛІННЯ ЯКІСТЮ ПРИ НАДАННІ МЕДИКО–СОЦІАЛЬНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ІЗ ШИЗОФРЕНІЄЮ ТА ЧЛЕНАМ ЇХ РОДИН

За результатами НДР «Науково обґрунтувати, розробити та впровадити критерії якості надання медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію» розроблена стратегія управління якістю медико-соціальної допомоги хворим на шизофренію дітям.

На якість діагностики впливають культуральні розбіжності в застосуванні міжнародних класифікацій, стигматизація, соціальна нерівність та упередженість до маргінальних груп. Стигматизовані версти населення: наркозалежні, діти із соціально дезадаптованих родин, сироти, неповнолітні, позбавлені батьківського піклування вихованці інтернатів, діти батьків із психіатричними діагнозами чи антисоціальною поведінкою, з родин, погано інтегрованих із корінним населенням (емігранти та національні меншини мають підвищений ризик того, що у них буде діагностовано психічний розлад, а будь які порушення поведінки або психічні розлади будуть розцінені, як прояви шизофренії.

Рівень знань макросоціального оточення дитини про психотичні розлади значимо впливає на можливості ранньої діагностики шизофренії. Поява продуктивних психічних розладів не завжди стає причиною звернення за спеціалізованою психіатричною допомогою. Порушення відчуття та сприйняття можуть ефективно десимуватися, або трактуються батьками, як паранормальні явища чи прояви паропсихологічних здібностей дитини. Соціальна дезадаптація є більш показовим індикатором наявності серйозного психічного захворювання, ніж продуктивна психопатологічна симптоматика, проте деякі з підлітків, навіть при наявності тяжких дефектних станів продовжують фактично фіктивне відвідування учбових закладів. Вкла-

дачі навчальних закладів, як правило, не вважають дезадаптивну поведінку учнів проявами психічних розладів.

Причиною протидії дитини та родини ранній спеціалізованій допомозі може бути хоча і вчасний, але травматичний перший контакт із дитячим психіатром. Дестигматизація психіатричної допомоги дітям, надання її в максимально прийнятливих для родини умовах, переважно за межами психіатричних лікарень; освітня робота на макросоціальному рівні (ознайомлення широких верст населення з проявами найбільш поширених психічних розладів, дедемонізація цих розладів, дестигматизація психіатричних втручань), залучення лікарів загальної практики, педагогів до ранньої діагностики психічних розладів; психоосвітня робота з групами первинної підтримки дитини розглядаються нами, як провідні передумови якісної психіатричної допомоги дітям із шизофренією.

При оцінюванні дитини з підозрою на шизофренію потрібно ретельно дослідити як наявну психопатологічну симптоматику так і її зв'язок з особистою історією дитини (медичною, історією психологічного розвитку та соціалізації) та родинною історією (наявності механізмів підтримки та факторів дезадаптації, наявності випадків насильства та неналежного догляду). В ході планування лікувально-реабілітаційних заходів потрібно розглянути біологічні, психологічні та соціальні чинники і врахувати стадію розвитку дитини. Комплексний підхід має включати медикаментозну терапію, індивідуальну психотерапію, роботу із членами сім'ї, спеціальні психоосвітні модулі та стратегії, спрямовані на розв'язання соціальних проблем.

На якість допомоги впливає рівень сімейного функціонування. Зміна стереотипу у динаміці та структурі внутрішньо-родинних стосунків дозволяє запобігти виникненню у дитини ендореактивних симптомів та

вплинути на перебіг шизофренії. Покращення функціонування сім'ї та безперервна терапія атипичними антипсихотиками в рівній мірі забезпечують зменшення ризику рецидивів шизофренії.

УДК: 616.899.2-053.2/.5+159.922.73

Михайлов Б.В., Міхановська Н.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти,
ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН України»,
м. Харків

РОЗЛАДИ ПСИХІКИ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ: ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ, УДОСКОНАЛЕННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА СУПРОВОДУ

На цей час в Україні спостерігається неухильне зростання кількості дітей із психічними розладами різного рівня. Між тим, показники офіційної статистики мають певні протиріччя із реальною ситуацією, яка склалася у сфері охорони психічного здоров'я дітей й особливо дітей раннього віку. Це полягає в тому, що за останні роки поруч із зниженням на біля 4 % показника дитячої захворюваності, збільшується кількість дітей із психічними розладами, батьки яких уникають офіційного спостереження у психіатрів. Таке ставлення зумовлюється, з одного боку, тим, що традиційно фахова допомога дитячому контингенту у перші роки життя надається переважно педіатрами та дитячими неврологами, які залишаються недостатньо обізнаними щодо проявів й перебігу розладів психіки, а існуюча заборона МОЗ щодо психіатричної діагностики дитячими неврологами обмежує їх можливості, а, з іншого боку, звернення по психіатричну допомогу в нашій країні досі несе на себе тягар стигматизації для дитини та сім'ї.

Результати дослідження, яке здійснювалося в амбулаторних умовах із використанням включеного спостереження та створенням емпатійного підтримуючого середовища за біля 500 дітьми перших років життя із різним ступенем перинатального ураження нервової системи та їх матерями, свідчать про те, що всі хворі мали різноманітні психопатологічних розладів від симптоматики емоційної лабільності із порушенням систем регуляції основних фізіологічних функцій до тяжкого рівня відхилень емоційно-соціального, мовного, сенсомоторного розвитку із ознаками афективних і поведінкових порушень, а їх матері відрізнялися наявністю емоційних девіацій із феноменологією тривожної напруженості, невпевненості, пригніченості, депресивності із відчуттям провини й образи. За такими

обставинами в діадах формувалися викривлення відносин, переважали ненадійні типи прив'язаності, що зумовлювало необхідність здійснення психотерапевтичного впливу з багатовекторною спрямованістю на актуальний віковий і психопатологічний розлад у дитини, емоційний стан матері та їх відносини. Використання методологічного апарату, спрямованого на гармонізацію відносин, як об'єкт втручання, створював підґрунтя для формування розвиваючого та підтримуючого соціально-емоційного середовища для дитини, нівелювання власних емоційних відхилень у матерів із підвищенням власної батьківської компетентності з подальшим реконструюванням відносин на наступних етапах дорослення.

Таким чином, можна вважати, що особливістю надання психіатричної допомоги вважається кваліфіковане психотерапевтичне втручання, якого потребує більше 70 % дітей. Між тим в цій системі взагалі не існує спеціальності «дитячий психотерапевт», а психологи, які працюють у дитячій психіатрії не мають достатньої професійної підготовки, особливо в питаннях реабілітації та психотерапії. Внаслідок такої ситуації спостерігається «стихийне» створення батьківських громадських або приватних психолого-корекційних організацій, які формують власні амбулаторні програми допомоги, які не обмежуються стандартами та протоколами тому, що останні відсутні в країні. Виходячи з цього, на цей час можна вважати за потрібне реформування психіатрично-психотерапевтичної служби із введенням системи фахового удосконалення для дитячих психіатрів, педіатрів та неврологів для надання своєчасної спеціалізованої діагностично-терапевтичної допомоги та супроводу дітей із розладами психічного здоров'я для забезпечення подальшої соціальної адаптованості хворих.

УДК616.89-008.454-053.2/.5

**Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю.,
Мітельов Д.А., Матковська Т.Н.**

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН»,
м. Харків, Україна

ПРИОРИТЕТНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ І ПІДЛІТКІВ

Проблема психічного здоров'я – це проблема суспільства в цілому та її вирішення сприятиме успішному духовному і моральному розвитку суспільства та держави. В сучасних умовах ця проблема виходить за

рамки медичної парадигми в галузь аналізу клініко-соціальних взаємовідносин. На цей час існуюча в Україні ситуація сталої тенденції до зростання прошарку соціально дезадаптованих дітей внаслідок нерво-

во-психічних захворювань, що потребує розробки нових діагностичних та реабілітаційних технологій. Проблема вивчення психопатологічних синдромів у дітей з перинатальним ураженням нервової системи є актуальною проблемою дитячої та соціальної психіатрії, вирішення якої сприяє розробці профілактичних заходів порушень психічного здоров'я у дітей та підлітків. Надання допомоги переважно в первинній ланці має на меті, насамперед, вирішення проблеми раннього терапевтичного втручання. Максимально ефективною допомогою дитячого психіатра може бути, якщо розлад у дитини виявлено у віці 1,5 – 3 роки. Натепер діти потрапляють у поле зору психіатра переважно після 3 років. Серед найбільш актуальних проблем сучасної психіатричної науки мають місце дослідження причин і факторів предиспозиції, особливостей перебігу і прогнозу, визначення адекватних алгоритмів діагностики, профілактики і лікування психосоматичних захворювань. Важливість цих питань відносно дитячого і підліткового віку обумовлюється, з одного боку, величезною чутливістю дитячого організму до дії як патогенних органічних факторів, будь-то перинатальні ураження нервової системи, черепно-мозкові травми, хронічні неінфекційні соматичні захворювання, так і несприятливих зовнішньосередовищних соціально-психологічних чинників, а з іншого – значним ризиком формування станів, що характеризуються соціальною і психічною дезадаптованістю вже у підлітковому або молодому віці. Граничні нервово-психічні розлади домінують в структурі психічної патології дитячого та підліткового віку, однак, значна кількість психічних і

поведінкових розладів у цій віковій когорті до цього часу залишається неврахованою. Недостатньою є й ефективність наявних методів терапії граничних психічних розладів, яка обумовлена обмеженням застосуванням соціальної і психотерапевтичної складових лікування, поліпрагмазією, наявністю у багатьох психофармакологічних засобів суттєвих побічних ефектів, що ускладнює їх застосування в дитячо - підлітковій практиці.

Збільшується масштаб психіатричних проблем у дитячо-підлітковій популяції, що пов'язані з афективними і тривожними розладами, які потребують клінічної диференціації і диференційованих соціотерапевтичних втручань. Надзвичайно велика група ризику, в яку входять діти і підлітки, схильні до аутодеструктивної поведінки, правопорушенням та іншим формам поведінкових девіацій. Однією із актуальніших невирішених проблем дитячої психіатрії є синдром дефіциту уваги з гіперреактивністю, який, часто маскує депресивні розлади у дітей і є економічним тягарем проведення тривалої медикаментозної специфічної терапії.

У рамках викладеного назріла настійна необхідність подальшого удосконалення дитячої психіатричної і психотерапевтичної служби в Україні. В якості головних напрямів діяльності дитячої психіатричної служби необхідно визначити: профілактику порушень соціальної адаптації, пов'язаної з психічними розладами, і координацію медико-психолого-педагогічних реабілітаційних мір, включаючи сприяння інтеграції у суспільство дітей і підлітків з порушеннями психічного здоров'я.

УДК 616.89-008.454.-053.2/5

**Михайлова Е.А., Проскурина Т.Ю., Мителев Д. А.,
Матковская Т.Н.**

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков НАМН»,
г. Харьков, Украина

К ПРОБЛЕМЕ ДИАГНОСТИКИ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ 7-11 ЛЕТ

В современной отечественной и зарубежной психиатрии до настоящего времени существует неопределенность в отношении нозологической принадлежности депрессивных расстройств у детей, что во многом обусловлено преобладанием синдромологического подхода. Наименее изученным вопросом в детской психиатрии остается феноменология детской депрессии, определение критериев ее ранней диагностики. Цель исследования: изучить клинические особенности депрессии у детей 7 – 11 лет и на их основе совершенствовать систему диагностики.

Материалы и методы. Комплексное клинико-психопатологическое исследование проведено у 125 детей с депрессией в возрасте 7 – 11 лет. Использовались методики - тест Тулуз-Пьерона, таблицы Шульте, тест «Заучивания 10 слов», опросник Шмишека, проективные рисуночные тесты, шкала оценки депрессии у детей 7 – 12 лет CDRS-R, тест Люшера, нелинейный многомерный анализ детерминистского хаоса ЭЭГ (энтропия Колмогорова-Синяя).

Результаты и их обсуждение. Анализ субъективных жалоб у детей 7–11 лет показал значительную

вариабельность и полиморфизм клинических симптомов депрессии, которые носили часто неспецифический характер для аффективной патологии. При интервьюировании ребенка и его родителей (CDRS-R) установлено, что у всех детей уровень успеваемости не соответствовал их способностям. Анализ показателя «трудности в получении удовольствия» показал, что 64,0 % детей с депрессией легко поддавались скуке, у 5,6 % отсутствовала инициатива к любой деятельности. Симптом социальной самоизоляции зарегистрирован у 41,6 % детей, нарушения сна – у 62,2 %, нарушения аппетита – у 59,2 %, чрезмерная утомляемость – у 86,4 %, чувства вины – у 60,0 %, снижение самооценки – 70,4 %, суицидальное поведение – у 15,2 %. У всех детей с депрессией выявлены различные соматические жалобы, раздражительность, чрезмерная плаксивость и подавленное настроение. Легкое подавление аффекта и частичная утрата спонтанности зафиксирована у 80,8 % больных. Вялость речи в виде замедленного, монотонного разговора отмечена у 31,2 % больных. Гиперактивное поведение зарегистрировано у 73,6 % больных, моторная затормо-

женность – у 19,2 %. Анализ уровня тяжести депрессии показал, что у 32,0 % детей уровень депрессии соответствовал легкой степени, у 52,0 % – умеренной, у 14,4 % – тяжелой, а у 1,6 % – глубокой. Кластерный анализ симптомов позволил выделить синдромы депрессии, наиболее характерные для детей 7 – 11 лет: поведенческий (26,4 %), тревожный (15,2 %), соматический (15,2 %), астенический (12,0 %), апатический (8,8%), астено-тревожный (7,2%), фобический (7,2 %), тревожно-тоскливый (6,4 %) и псевдоневрологический (1,6 %) варианты. Установлено, что на формирования депрессии у детей чаще влияют сочетанные (81,6 %) стрессы - неблагоприятная школьная среда и семьи. Выявлена взаимосвязь факторов: воспитание прародителями, эмоциональная недостаточность матери на раннем этапе онтогенеза, фактор отсутствия отца, депрессия у матери, проживание в городе, хронические конфликты в школе, наличия пси-

хопатологических проявлений на первом году жизни; частых простуд в раннем детстве с развитием определенных вариантов депрессии у детей 7 - 11 лет. Выделены критерии диагностики депрессии у детей 7 – 11 лет: гипотимия (на протяжении двух последних недель), снижение памяти по неустойчивому типу, нарушение концентрации внимания по астеническому типу при отсутствии минимальной мозговой дисфункции, поведенческие паттерны – гиперактивность/гипоактивность, наличие психологических показателей (шкала депрессии у детей CDRS-R) – «ухудшение успеваемости в школе» – 3 балла и более, «снижение энергии» – 3 балла и более при суммарной Т-оценке CDRS-R – 84 и более баллов. Внедрение стандартизированных методик диагностики депрессии у детей на ранних этапах онтогенеза обеспечит профилактику выраженных и резистентных к терапии форм депрессивных расстройств.

УДК 616.89

Михайлов Б.В.
ХМАПО

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ ПСИХОТЕРАПІЇ І МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ В УКРАЇНІ

В Україні всі види діагностичних і лікувальних дій відносяться до медичної допомоги. В тому числі і в галузі психотерапії і медичної психології. Як відповідні медичні спеціальності «Психотерапія» і «Медична психологія» містяться у «Номенклатурі лікарських спеціальностей» затвердженої наказом МОЗ України від 19.12.1997р. № 359, а посада «лікар — психолог» введена наказом МОЗ України від 19.12.1997р. № 360. Підготовка кадрів психотерапевтів проводиться шляхом спеціалізації за фахом «Психотерапія» осіб, які у порядку передбаченому наказом МОЗ від 25.12.1992 № 195 допущені до лікарської діяльності за програмою, розробленою авторським колективом під керівництвом кафедри психотерапії ХМАПО, затвердженою МОЗ України. Після закінчення курсів спеціалізації проводиться атестація з присвоєнням кваліфікації «лікар-спеціаліст» за означеною спеціальністю (наказ МОЗ від 19.12.1997 № 359).

Протягом останніх 20 років в Україні фактично було відновлено, а головним чином, і розроблено, нормативно-правову базу психотерапії і медичної психології та створено відповідну мережу в усіх регіонах України.

На сьогодні психотерапевтична і медико — психологічна допомога в Україні здійснюється у структурі спеціалізованих психіатричних, психоневрологічних і загальносоматичних закладів і установ охорони здоров'я. Ґрунтовною організаційною одиницею психотерапевтичної допомоги є кабінет психотерапії.

Вийшов наказ МОЗ України від 15.04.2008 року № 199 «Про порядок застосування методів психологічного та психотерапевтичного впливу».

Спеціалізація з медичної психології осіб з базовою психологічною освітою у медичних закладах та факультетах післядипломної освіти в Україні фактично скасована, натомість введена підготовка лікарів-психологів,

яку здійснюють три вищих медичних навчальних заклади: Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова, Буковинський державний медичний університет.

Наказом МОЗ України від 23.02.2000 N 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» зі змінами і доповненнями, внесеними наказом МОЗ України від 12.03.08 № 122, посада лікаря-психолога є передбаченою в штатних нормативах закладів охорони здоров'я у пп. 2и) додатку 1, п.2 додатку 50, п.53 розділу V додатку 10, п. 5.1. і 5.2. розділу I, розділах II і III додатку 17, п. 29 додатку 26, підрозділі IV розділу А ті підрозділі VI розділу Б додатку 52 (тобто у складі психіатричних лікарень, психоневрологічних диспансерів (диспансерних відділень, кабінетів), у складі міських поліклінік або лікарень у містах, денних стаціонарах та лікувально-виробничих майстернях при психоневрологічних і лікувально-профілактичних установах, обласних загальносоматичних лікарень, лікарень «Хоспіс», міських центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом та кабінетів довіри).

При повному виконанні цих нормативів у лікувально-профілактичних закладах мало б бути 940 посад психологів. Фактично існують 388 посад психологів у складі педагогічного персоналу і 97,5 посади лікарів-психологів, з яких зайнято 61,25, фізичних осіб 43, що становить 44,1% до укомплектованості.

Наказом МОЗ України від 12.03.2008р. № 122 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 23.02.2000 N 33» передбачено у всіх додатках Наказу назву посади «психолог» замінити на назву «лікар-психолог» або «практичний психолог» в залежності від профілю закладу та його функцій.

Видано сумісний наказ МОЗ і МНС України від 26.05.2010р. № 435/386. «Перелік санаторно-курор-

тних закладів, при яких створюються Центри медико-психологічної реабілітації».

В умовах реформування системи охорони здоров'я України має бути підвищена питома вага психотерапевтичного і медико-психологічного супроводу хворих на всіх рівнях перш за все за рахунок виведення із курації неврологів і кардіологів хворих на неврологічні розлади.

На первинному рівні лікарі загальної практики — сімейної медицини мають володіти навичками діагностування відповідних розладів у хворих для спрямування їх на вторинний рівень.

На вторинному рівні безпосередня психотерапевтична і медико-психологічна допомога здійснюється психотерапевтами, лікарями-психологами/практичними психологами у складі психотерапевтичних кабінетів

і відділень спеціалізованих лікувальних закладів до Наказу МОЗ від 15.04.2008р. №199.

На третинному рівні психотерапевтична і медико-психологічна допомога здійснюється психотерапевтами, лікарями-психологами/практичними психологами у складі психотерапевтичних кабінетів, відділень високоспеціалізованих багатопрофільних лікувальних закладів або психотерапевтичних Центрів.

Перехід хворих до курації на наступний рівень здійснюється за направленням лікуючого лікаря (консультанта) попереднього рівня.

Такий порядок дасть можливість оптимізувати психотерапевтичний і медико-психологічний супровід чисельних контингентів хворих і суттєво зменшити навантаження непрофільних хворих на соматичну ланку медичної мережі.

УДК: 616.89 – 008.441 – 036.8:364 – 787.522

Мозговая Т.П., Гавенко В.Л., Лещина И.В.

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

ИЗУЧЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПАНИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

В настоящее время одним из основных приоритетов работы медицины как социального института является смещение акцента оказания специализированной медицинской помощи исходя из принципа максимального её приближения к большинству населения. Речь идет о лечении пациентов в амбулаторных условиях и, в частности, лечения панического расстройства – достаточно распространенного заболевания, склонного к хронизации, манифестирующего, как правило, в молодом, социально активном возрасте. На современном этапе реформирования здравоохранения все чаще стали возникать вопросы качества лечения и социального функционирования больных. Соответственно, одним из актуальных направлений исследований в психиатрии является изучение качества жизни пациентов. Кроме медицинской и личностной составляющих данной проблемы, определяющее значение привносит социальный аспект в виде дезадаптации пациента, обуславливая тем самым актуальность проведенного исследования.

Цель исследования: усовершенствование системы лечебно-реабилитационных мероприятий больных с паническим расстройством путем анализа показателя качества жизни.

Материал и методы исследования.

Было обследовано 37 больных обоего пола в возрасте 20-35 лет. Исследование пациентов включало оценку психических расстройств в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, в структуре клинико-психопатологических проявлений которых отмечались панические расстройства. Использовался опросник субъективного показателя качества жизни

(Mezzich et al., 1999). Психодиагностическое исследование проводилось на этапе начала лечения.

Результаты и их обсуждение. Анализ количественных значений полученных показателей позволил объединить некоторые шкалы в блоки. Так, наименьшие значения показателей качества жизни отмечались по шкалам №1 и №2 – физическое и эмоциональное благополучие (4,62 и 4,89) соответственно. По нашему мнению, это обусловлено основными клиническими проявлениями панических приступов, сопровождающихся эмоциональной насыщенностью переживаний. Особого внимания заслуживает анализ показателей шкалы №9 (5,11) и №10 (5,79), отображающие духовную реализацию и общее восприятие качества собственной жизни. Следует полагать, что именно этот блок является наиболее деструктивным и дезадаптирующим у больных. Данные показатели следует рассматривать как одно из векторных направлений в диагностике психотерапевтических мероприятий.

Количественные значения и анализ результатов, отображающих возможности пациентов к социальному функционированию с построением конструктивных взаимоотношений и способностью к ресоциализации (шкалы №3,4,5,6,7 – среднее значение – 7,52) свидетельствуют о позитивном прогнозе.

Таким образом, оценка субъективного показателя качества жизни больных с паническими расстройствами является информативным диагностическим методом, способствующим выявлению наиболее значимых зон в иерархии самосознания пациентов. Полученные результаты определяют метод и направленность психотерапевтической помощи, возможности прогноза.

УДК 616.831:616.89-008.19:613.168-07

Назарчук І.А., Бовт Ю.В., Біневська О.М.ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України»
м. Харків**РОЛЬ ГЕЛІОГЕОФІЗИЧНИХ ФАКТОРІВ В ПЕРЕБІГУ ЕНЦЕФАЛОПАТІЙ
РІЗНОГО ГЕНЕЗУ З ЕМОЦІЙНИМИ РОЗЛАДАМИ**

Метою дослідження було визначення впливу геліогеофізичних факторів на перебіг енцефалопатій різного генезу з емоційними розладами.

Нами було обстежено 78 хворих з енцефалопатіями різного генезу: дисциркуляторними гіпертонічними, атеросклеротичними Іст. – 11 (14,1 %), ІІ ст. – 42 (53,8 %), змішаного генезу – 13 (16,7 %), інфекційно-алергічного – 7 (9 %), віддаленими наслідками черепно-мозкових травм (ЧМТ) – 5 (6,4 %) хворих. Клініко-неврологічною характеристикою обстежених були лікворно-венозна дисциркуляція або лікворна гіпертензія, астенічний і вестибуло-атактичний синдроми, вегетативно-судинна дистонія і різноманітні пароксизмальні стани. Емоційні розлади поєднували у собі тривожні, депресивні, фобічні, іпохондричні симптоми, емоційну лабільність, порушення сну і відповідали рубриці F.06 згідно МКХ 10.

Вплив геліогеофізичних факторів ураховувався нами шляхом динамічного спостереження за хворими протягом 10 днів на етапі первинного обстеження, до або на початку лікування. Комплекс фізичних факторів, які впливають на організм людини і визначають погодно-кліматичні умови, уміщував рівень сонячного випромінювання, спалахову і плямуутворюючу активність сонця, характеристики сонячного вітру, геомагнітні збурення. Показники надавалися Інститутом земного магнетизму, іоносфери і поширення радіохвиль ім. Н.В. Пушкова «Ізміран» (Троїцьк, Росія).

При різних варіантах несприятливого геомагнітного оточення у хворих відмічалися погіршення стану (кризові стани, декомпенсація), які полягали у зростанні виразності неврологічних і емоційних порушень. Протягом 10 днів найменша частота погіршень стану

(в середньому 6) була у осіб із емоційними розладами на тлі дисциркуляторних енцефалопатій Іст., енцефалопатій змішаного генезу і віддалених наслідків ЧМТ; найбільша (в середньому 8) – у осіб із дисциркуляторними енцефалопатіями ІІст. і інфекційно-алергічними енцефалопатіями.

Досліджено також сприйнятливості хворих з енцефалопатіями до цих геліогеофізичних впливів в залежності від виразності емоційних порушень на прикладі депресивних проявів, які діагностувалися за допомогою шкали Гамільтона і оцінювалися за DSM-IV. У обстежених із виразністю депресії 7-16 балів (у межах малого депресивного епізоду) відмічено 5-6 погіршень стану за період спостереження, у осіб із рівнем депресії вище 16 балів (у межах великого депресивного епізоду) – 7-8 погіршень стану за відповідний період.

Таким чином, вплив досліджуваних геліогеофізичних факторів певною мірою погіршує перебіг енцефалопатій різного генезу з емоційними розладами. Ступень такого негативного впливу і сприйнятливості до нього обумовлені безпосередньо етіопатогенезом енцефалопатій і представленістю емоційних порушень, зокрема депресивної симптоматики. Отримані дані поширюють уявлення про патогенез і клінічний перебіг зазначеної групи захворювань, указують на роль у цьому геліогеофізичних факторів. Результати дослідження доцільно ураховувати в розробці лікувально-профілактичних заходів, наприклад шляхом включення методів, спрямованих на підвищення адаптаційних і компенсаторних можливостей хворих, до стандартної базової терапії енцефалопатій і емоційних розладів.

УДК 616.89

Никифорова Е. Г.

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

**ОРГАНИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В ОТДАЛЕННОМ ПЕРИОДЕ
ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ У ШАХТЕРОВ, ПЕРЕЖИВШИХ НЕСЧАСТНЫЙ СЛУЧАЙ
НА ПРОИЗВОДСТВЕ**

К отдаленным последствиям ЧМТ относят те нервно-психические нарушения, которые возникли в остром или позднем периоде не подверглись в последующем полному обратному развитию, а остаются и спустя длительное время после травмы.

Многие авторы (Д.Е. Мелехов, Ю.Я. Бунтов, Л.Н. Губарь) указывают на высокую частоту нервно-психических расстройств в периоде отдаленных по-

следствий черепно-мозговой травмы от 65 % до 90 % и выше.

Нами было обследовано 30 шахтеров, получивших закрытую черепно-мозговую травму в результате несчастных случаев на угольных шахтах Донбасса, находившихся на стационарном и амбулаторном лечении в Областной клинической психоневрологической больнице-Медико-Психологическом Центре.

Ведущим методом являлся клинко-психопатологический. Обследование имело многофакторный характер, т.е. наряду с изучением клинической картины в динамике изучался преморбид, прослеживался социальный статус больных. Для каждого больного определялись демографические характеристики (пол и возраст), время, прошедшее с момента ЧМТ, ведущий синдром.

Подавляющее большинство шахтеров, пострадавших в результате несчастного случая на производстве, находились в возрасте от 20 до 50 лет, то есть представляют собой наиболее трудоспособную часть населения.

Диагностическую оценку выявленных нарушений проводили согласно Международной классификации болезней (МКБ — 10) Раздел V. Психические и поведенческие расстройства.

Среди обследованных пострадавших шахтеров, большинство составили лица с органическим (астеническим) эмоционально-лабильным расстройством (F06.6) — 22 человека; с органическим расстройством личности — 6 человек; с органическим депрессивным расстройством — 2 человека.

В отдаленном периоде ЧМТ в рамках психоорганического расстройства у пациентов можно было выделить стойкие синдромы, определяющие «клиническое лицо» больного.

У всех пациентов выявлялся психоорганический синдром различной глубины, определявший изменение когнитивных функций. Исследованием выявлены нарушения памяти и научения, особенно способности усваивать и удерживать новую информацию, интегрировать ее в имеющуюся базу знаний и обобщать знания и умения, усвоенные в новых ситуациях. Отме-

чено снижение скорости обработки визуальной и вербальной информации, замедление темпа мышления и отставленная во времени двигательная или вербальная реакция на раздражитель.

У большинства больных (57%) доминирующим оказался астенический синдром. А. В. Снежневский называл астению «сквозным» нарушением всего периода отдаленных последствий ЧМТ. В нашем исследовании астенический синдром имел адинамический компонент (26%), сопровождался разнообразными вегетативными нарушениями. Пациенты отмечали постоянную усталость, тяготились снижением «уровня энергии», вынужденным изменением повседневной активности в сторону «что смог, то сделал, на остальное руки опустили».

Клинические проявления тревожно-депрессивных состояний у обследованных нами пациентов наблюдались в 52%.

Больные с тревожно-депрессивным синдромом предъявляли жалобы на потерю интереса к окружающему, поверхностный сон с частыми ночными пробуждениями, утомляемость при умственных и физических нагрузках, раздражительность. Ряд психосоциальных факторов (утрата своего статуса в семье; утрата дружеских отношений) оказывали значительное влияние на возникновение депрессии. У 10 % пациентов были выявлены суицидальные идеации.

Таким образом, выявленные нарушения у пациентов в отдаленном периоде ЧМТ актуализируют разработку и системное применение методов реабилитационного и восстановительного лечения, обеспечивающих комплексное воздействие на дефект и восстановление поведения в целом при органических психических расстройствах у шахтеров, перенесших несчастные случаи на производстве.

УДК 616.831-006-08:615.851

Огоренко В.В.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения» кафедра психиатрии ФПО

ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПСИХОТЕРАПИИ ПРИ ОНКОПАТОЛОГИИ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Психотерапия в комплексном лечении и реабилитации больных с онкологическими заболеваниями в течение последних десятилетий нашла широкое применение. Во многом это связано со значительным распространением психологических проблем и психических расстройств в популяции больных с онкологическими заболеваниями различной локализации. Целью психотерапии в онкологии является повышение качества жизни, оптимизация лечебно-реабилитационного процесса и улучшение социально-психологической адаптации с учетом своеобразия трудностей пациента в борьбе с болезнью или в адаптации к жизни вследствие неё. Выделение симптомов-мишеней психотерапевтического воздействия с учетом особенностей реакции личности больного и психопатологической симптоматики позволяет клинически обосновать реализацию конкретного психотерапевтического метода и оценить клиническую эффективность его применения. Необходимо отметить, что опыт широкого при-

менения психотерапии в онкологии не распространяется на пациентов нейроонкологических клиник.

Цель работы — изучение возможностей применения психотерапевтического воздействия у больных с опухолями головного мозга.

Материал и методы. Данная работа осуществлялась в рамках исследования особенностей психических расстройств у больных с психопатологическим вариантом клинической манифестации первичных опухолей головного мозга. Мишенями психотерапевтического воздействия были непсихотические психические расстройства. Базисным методом психотерапевтического воздействия была адьювантная психологическая терапия (АПТ), а также индивидуальная рациональная и семейная психотерапия.

Результаты исследования. Выборку составили 159 больных в возрасте от 21 до 56 лет без признаков нарушения сознания, преморбидного отягощения психическими расстройствами, а также когнитивных рас-

стройств, достигающих клинического уровня. У больных, вошедших в выборку, на синдромальном и симптоматическом уровнях преобладали невротоподобные (астенические и ипохондрические) состояния и непсихотические расстройства настроения (преимущественно депрессивные). Психотерапевтическое воздействие было направлено на снижение интенсивности тревожных и депрессивных переживаний; у пациентов с проявлениями деморализации, формирование менее катастрофического образа болезни и осознания угрожающих последствий некомплаентного поведения.

Положительная динамика изменений в структуре психопатологической симптоматики как результат психотерапевтического воздействия выявлена у 136 пациентов (85,5%): у 69 больных отмечена выраженная редукция субсиндромальных тоскливо-депрес-

сивных и тревожно-депрессивных состояний, в 48 наблюдениях удалось достичь купирования обсессивно-фобических нарушений; у 29 пациентов достигнута положительная динамика в редукции соматоформных вегетативных нарушений. Помощь в совладании с диагнозом у пациентов и членов их семьи в 147 наблюдениях (92,5%) позволила сформировать адекватную медицинскую позицию, ориентированную на принятие врачебных рекомендаций и выработку самостоятельных решений в такой психотравмирующей ситуации, как необходимость оперативного вмешательства.

Таким образом, существующие особенности, выделяющие пациентов с опухольми головного мозга из общей популяции онкологических больных, не исключают возможностей дифференцированного применения психотерапевтического вмешательства.

УДК 616. — 07. + 616. 85 : 519.765

Ольшевская Н.С., Гуменюк Л.Н.

г. Симферополь

Кафедра психиатрии, наркологии, психотерапии, с курсом общей и медицинской психологии

Государственное учреждение «Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского»

ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА НОЧНЫХ КОШМАРОВ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

Вопрос повышения качества объективной диагностики психических расстройств в настоящее время является особенно актуальным. Усовершенствованию и повышению уровня объективизации диагностического процесса способствует широкое привлечение методологии смежных научных дисциплин. В литературе недостаточно данных о невербальном поведении пациентов с синдромом ночных кошмаров неорганической природы (СНКНП) и лиц с продукцией фантазирования; выявление таких критериев позволило бы дифференцировать правдивые и вымышленные рассказы, то есть, определять маркеры правды и вымысла в судебно-психиатрической практике.

Посредством клиничко-психопатологического, клиничко-этологического и клиничко-статистического методов обследовано 100 респондентов основной группы с СНКНП, коморбидных с аффективными, невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, средний возраст — 25,1±6,3. Группу сравнения составили 50 психически здоровых лиц, сфантазировавших устрашающее сновидение, средний возраст — 22,7±4,4.

В результате сравнения невербального поведения обеих групп в период аффективно заряженных рассказов были получены следующие результаты. Пациенты основной группы значительно (на 21,5%) превосходили респондентов группы сравнения в демонстрации репертуара агрессии ($p<0,0001$); в группе сравнения более чем в два раза преобладали субмиссивные признаки ($p<0,0001$). Представленность мимического канала коммуникации на 5,9% ($p=0,004$) доминировала в группе сравнения, тогда как представленность жеста — на 7,7% — в основной ($p<0,0001$). В поведении испытуемых группы сравнения отмечалось преобладание двойных (на 13,4%), тройных (на 17,7%) и множественных (на

4,1%) комплексов. Демонстрация одинарных комплексов элементов поведения более чем в два раза ($p<0,0001$) преобладала в группе с СНКНП. Во время рассказа о сфантазированном сновидении количество агрессивно-предупредительных элементов поведения значимо (на 16,9%) преобладала в женской группе ($p=0,007$). Поведению мужчин группы сравнения в большей степени, на 4,2% ($p=0,009$), были свойственны проявления дружелюбного поведения и на 6,7% ($p=0,031$) отмечалось преобладание мимического канала коммуникации. Интенсивность проявления агрессивного поведения в основной группе в период рассказы о кошмарах на 5,9% преобладала в мужском контингенте ($p=0,017$), контекст субмиссии большей степени (на 8,2%) представлен в группе женщин ($p<0,0001$).

Выводы. Существенным отличием невербального поведения женщин от мужчин во время презентации фантазии является более высокая агрессивность женской группы, тогда как в группе мужчин в большей степени представлены дружелюбный и сексуальный контексты, а также значительная мимическая активность. В свою очередь, во время презентации ночного кошмара более выражена агрессивность мужской группы, и, субмиссивность — женской. Рост агрессии у мужчин сопровождается большим удельным весом канала позы. Относительное количество двойных комплексов элементов поведения существенно преобладала в группе женщин.

Доказана возможность проведения дифференциальной диагностики синдрома ночных кошмаров неорганической природы и фантазирования в условиях психиатрических стационаров, амбулаторной помощи, консультативной практике семейной медицины и экспертной работе, что обеспечивает предупреждение проблем психического здоровья.

УДК 616.895.8-008.488-085

Осокина О.И.

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького,
Донецк

СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ЛИЧНОСТНО-СОЦИАЛЬНОМ ВОССТАНОВЛЕНИИ («RECOVERY») ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

Шизофрения до конца 80-х годов рассматривалась, как хроническое прогрессирующее заболевание с неблагоприятным исходом, однако у 60% пациентов наблюдалось течение болезни без непрерывной дегенерации, но и без возврата к преморбидному уровню функционирования (A.S. Bellack, 2006). Следовательно, большинство пациентов нуждались в пожизненном антипсихотическом лечении, а об их социальном восстановлении не могло быть и речи. Однако, в последние годы при исследовании отдаленных исходов шизофрении стали появляться публикации о практическом выздоровлении в 14,3% случаев (R. May, 2004), в 20% случаев (И.Я. Гурович, 2008), а по некоторым данным — у 25% пациентов (W.A. Anthony, 2003). С тех пор было доказано, что шизофрения может иметь благоприятный исход в виде достаточно полного клинико-социального восстановления, в том числе и без поддерживающей медикаментозной терапии.

Концепция «recovery» начала формироваться более 20 лет назад, а в последние годы стала практически общепризнанной. Она проявлялась в общественном движении бывших пациентов и, до определенного времени строилась в основном на содержании целого ряда опубликованных самоотчетов авторов, перенесших это заболевание. В последующем она получила большее признание и стала объектом анализа исследований ученых-психиатров, занимающихся вопросами лечения, реабилитации и организации психиатрической помощи. Термин «recovery» (выздоровление, восстановление), рассматриваемый, как полное исцеление от болезненных симптомов, малоприменим для таких заболеваний, как шизофрения, поэтому в последние годы произошел радикальный пересмотр определения «recovery» для лиц с тяжелыми психическими расстройствами. Пересмотр самой концепции, ее пациент-центрированность, повышает роль личности, возвращает реалистические ожидания возможности обретения новых жизненных смыслов и целей, чувства самоидентичности и принадлежности, позволяет максимально реализовывать свой потенци-

ал, несмотря на остающиеся проявления болезни и биологическую уязвимость.

Recovery-ориентированная направленность психиатрической службы в отношении психотических расстройств, активно используемая сейчас в зарубежных странах, только начинает свое формирование в Украине и странах СНГ. В связи с этим разработка и научное обоснование клинических и социальных критериев гетерогенных исходов шизофрении, отражающих качественный процесс восстановления пациентов, а также реорганизация психиатрической помощи с переориентировкой ее на личностно-социальное восстановление пациентов с психотическими расстройствами, позволят гуманизировать процесс оказания психиатрической помощи, улучшить ее качество и удовлетворенность ею пациентами, что несет потенциал ресурсосбережения и глобально улучшает клинико-функциональные исходы и качество жизни больных. С клинико-социальной точки зрения будет достигнуто улучшение качества ремиссии, сокращение сроков пребывания больных в стационаре, снижение вероятности рецидивов, повышение уровня стрессоустойчивости, улучшение психосоциальной адаптации пациентов в семье и социуме.

Исходя из recovery-ориентированной направленности психиатрической помощи, пациенты с психотическими расстройствами получают реальный шанс и возможность вернуться к прежней плодотворной, наполненной смыслом жизни и вновь обрести значимую ценностную роль через сохранение надежды, восстановление самоконтроля, преодоление утраты активной позиции и стигмы тяжелой психической болезни. Такой подход по-новому освещает возможность полного личностно-социального восстановления больных шизофренией и дает возможность последующей разработки критериев оптимизации амбулаторного наблюдения пациентов в связи с продолжительной и глубокой ремиссией, высокой и стойкой социальной адаптацией в концепции полного личностно-социального восстановления.

УДК 616.89-008.444.9-053.6:615.8:616.89-008.441.13

Пайкова Л.Н.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины»,
Харьков

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ НЕРВНЫХ И ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И РОЛЬ ИХ КОРРЕКЦИИ В БИОЛОГИЧЕСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Исследования, проведенные нами ранее на больных с социальной фобией, депрессией, аддиктивным поведением и эпилепсией, выявили нарушения эмоционального состояния — высокую общую тревогу по Дж. Тейлору, преимущественно высокую личностную,

умеренную и низкую (в основном в условиях стационарного лечения) реактивную тревожность по Спилбергеру, нередко суб- и клинически выраженную тревогу и депрессию.

Целью настоящего исследования явилось изуче-

ние механизмов психофизиологической дезадаптации при указанных заболеваниях.

На 50 больных был изучен по компьютерной экспресс-методике (адаптированной для больных Филимоновой Н.Б., 2009) ряд психофизиологических параметров, характеризующих функциональное состояние нервной системы: функциональный уровень ЦНС, устойчивость реакции, отражающую устойчивое состояние ЦНС, и уровень функциональных возможностей ЦНС — (по Лоскутовой Т.Д., установившей количественные значения указанных критериев для здоровых лиц, позволяющие дать достаточно объективную оценку текущему функциональному состоянию человека). При указанных выше заболеваниях нами установлены нарушения этих параметров, зависящие как от стадии заболеваний, так и периода лечения и реабилитации, включавших и немедикаментозные методы. При эпилепсии, являющейся нервным заболеванием, либо синдромом на почве аддикций, ЧМТ, инфекционной или сосудистой патологии, были выявлены такие количественные критерии изучаемых параметров, которые были ниже по сравнению со здоровыми лицами, могли отражать и тяжесть когнитивного дефицита, что (наряду с эмоциональными расстройствами) свидетельствует о психофизиологической дезадаптации, приводящей по мере её утяжеления к инвалидности и социальной дезадаптации. Особенно лабильным выявлен уровень функциональных возможностей как показатель способности исследуемого лица создать адекватную инструкции функциональную систему (по П. К. Анохину) и достаточно долго её удерживать. После окончания комплексного лечения в сочетании с немедикаментозными методами

выявлено улучшение корреляционных взаимоотношений психофизиологических показателей в динамике лечения — увеличение их количества и коэффициента корреляции. Снижение латентного периода простой сенсомоторной реакции сопровождалось увеличением функционального уровня центральной нервной системы, приближением его к верхней границе нормы, характерной для здоровых лиц. Улучшались показатели уровня функциональных возможностей ЦНС, стойкость реакции, т. е. возможность центральной нервной системы достаточно долго выполнять поставленную перед пациентом работу на высоком функциональном уровне, с низким латентным периодом простой сенсомоторной реакции и реакции выбора сигнального значения предъявляемых раздражителей, в том числе правой и левой руки.

Полученные нами количественные показатели психофизиологических параметров, отличающиеся от таковых у здоровых лиц, свидетельствовали как о когнитивном дефиците при тяжёлом протекании болезни (невозможности продолжать учёбу или работу, при инвалидности), так и о психофизиологической и социальной дезадаптации. Ухудшение либо отсутствие изменений этих параметров после лечения свидетельствовало о фармакологической резистентности. Восстановление или улучшение психофизиологических параметров оказалось объективизацией терапевтической эффективности применяемых методов лечения в психиатрии (в комплексе с немедикаментозными — в камере Райха, квантовой и музыкотерапии — Плотников А.Г., Пайкова Л.Н., 2010-2011 г.г.), что имеет большое практическое значение в медицине.

УДК 616.831-031.84-07:616.89-008-072.8

Педак А.А., Педак А.А.

Николаевская областная психиатрическая больница №2, г. Николаев

АУТИЗМ: НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ И ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

К ключевым вопросам современной детской психиатрии относится проблема аутизма. Под аутизмом принято понимать такие изменения отношения пациента к действительности, как — уход в себя, отгороженность от внешнего мира, потеря эмоционального контакта с окружающими. По данным многочисленных нейрофизиологических и нейропсихиатрических исследований, аутизм рассматривается как расстройство, связанное с нарушением механизмов парного взаимодействия полушарий головного мозга, в т.ч. дефицитом его развития на ранних этапах (детский аутизм — синдром Каннера). Результаты многочисленных исследований с использованием функциональной ядерной магнитно-резонансной томографии свидетельствуют, что у детей с аутизмом характерным патологическим нейрофизиологическим признаком процесса обработки информации, являются нарушения межполушарных корреляционных связей, приводящие к десинхронизации активности речевых участков коры головного мозга. На основании изучения моделей межполушарных сенсомоторных асиммет-

рий, в качестве патогенетической терапии аутизма предлагается использование методов «ФИЛАТ» — физиологической латерализации полушарий головного мозга (Чуприков А.П., А.А., Линев А.Н., Марценковский И.А., 1994; Педак А.А., 1995). *Латеральная светотерапия* — обладает наиболее мягким эффектом. В основе метода лежит направленная модификация межполушарных отношений путем создания в затылочных отделах коры больших полушарий мозга латерализованной доминанты. При этом используют в качестве активирующего воздействия длинноволновый диапазон электромагнитного излучения — красный, оранжевый, желтый цвета, а для инактивирующего воздействия коротковолновый диапазон — зеленый, синий, фиолетовый цвета. *Латеральная электростимуляция* — включает методы зонально-латеральных, в т.ч. и трансцеребральных, воздействий непрерывной серией отрицательных прямоугольных импульсов с частотой от 1-й до 100 Гц, силой тока ниже сенсорного порога. В зависимости от того, в зоне афферентации какого полушария расположены электроды и

соответственно какое полушарие активируется при воздействии, зонально-латеральные стимуляции делятся на правополушарные и левополушарные. К так называемым «симптомам мишеням» правополушарных электростимуляций отнесены: гиперстенические и эксплозивные, пресомнические и интрасомнические расстройства, тревога, включая тревожно-фобические состояния, сверхценные и бредовые идеи, злобность, подозрительность, психомоторное возбуждение. Наибольшей чувствительностью к действию левополушарных электростимуляций обладают такие симптомы, как вялость и истощаемость, сенестопатии и навязчивая ипохондрия, обсессивно-фобические и конверсионные проявления, деперсонализация и дереализация, кататоническая симптоматика. *Латеральная транскраниальная электроанальгезия (ЛАТЭН)* — обладает более мощным воздействием на па-

тодинамические межполушарные отношения и характеризуется латерализованным воздействием импульсным током, частотой — 1000 — 2000 Гц. Проведенное изучение влияния ЛАТЭН на такие психофизиологические характеристики как: электродермальная активность, кожнотемпературная реакция, дихотическое восприятие речи больных шизофренией показало, что раздельное электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействие вызывает изменение характера межполушарных отношений — снижение активности гиперфункционального полушария и повышение психофизиологических показателей контралатерального полушария головного мозга. Терапевтическое моделирование характера межполушарных отношений, с учетом профиля функциональной асимметрии пациентов, приводило к обратной редукции психопатологической симптоматики.

УДК:616.89(075.32)

Подольн В.Н.

Винницкий национальный медицинский университет им. Н.И.Пирогова

ПОДВЕРЖЕННОСТЬ НАРКОЛОГИЧЕСКИМ И ПСИХИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ СОЗАВИСИМЫХ ЛИЦ (ГЕНЕТИКО-КОРРЕЛЯЦИОННЫЙ АНАЛИЗ).

Клинические проявления зависимости выступают в качестве сложного фенотипа (фенотипа аддикции), определяемого моногвариантным взаимодействием системы генов — генотипическим профилем аддикции.

Нами было предпринята попытка оценить наличие общих генетических факторов подверженности к наркомании и аффективным, личностным и невротическим расстройствам у созависимых лиц (супруги, не менее 3-х лет состоящие в браке с ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителем наркотиков).

В работе использовался подход минимальной генетической общности (В.И. Трубников, Е.Т. Лильин, Г.И. Мусаева и др. 1981).

Для решения поставленных целей клинко-генетическим методом было изучено 113 семей ВИЧ-инфицированных инъекционных потребителей наркотиков (пробанды), из них 15 семей (13,3 %) — пробанд-женщина и 98 семей (86,7%) пробанд-мужчина.

Всего было исследовано 354 родственников I степени родства (исключая детей) супругов пробандов.

У отцов (113 человек) супругов пробандов в 82,3% случаев (93 человека) наблюдались наркологические заболевания и 77,0% случаев (87 человек) психические заболевания.

В целом, общее количество заболеваний в 1,5 раза превышает общее количество исследованных, что свидетельствует о наличии в последних сочетанной патологии (коморбидность заболеваний).

Из 113 матерей супругов пробандов у 26 человек (23,0%) наблюдались наркологические заболевания и 69 человек (61,0%) психические заболевания. Таким образом, у 84,0% матерей (95 человек) супругов пробандов имели те или иные психопатологические расстройства.

Из 128 сибсов супругов пробандов 80 человек

(62,5%) имели наркологические заболевания и 95 человек (74,2%) — психические заболевания.

Для того чтобы учесть поло-возрастные различия проявляемости наркомании, а также использовать весь материал по разным классам родственников, вычислялись корреляции между родственниками по подверженности наркомании и корреляции подверженности наркомании у родственников с подверженностью к другому психическому заболеванию в каждой из выделенных групп.

Полученные данные для каждого психического заболевания были анализированы и усреднены путем взвешивания на обратной дисперсии.

Приблизительная оценка коэффициентов генетической корреляции составляла между подверженностью к наркомании и психопатии — 0,48 (48% общих генов); между подверженностью к наркомании и аффективным расстройствам (депрессии) — 0,55 (55% общих генов); между подверженностью к наркомании и неврозам — 0,08 (0% общих генов).

Таким образом, приведенные данные генетико-корреляционного анализа супругов ВИЧ-инфицированных инъекционных потребителей наркотиков свидетельствуют, что имеется около 50% общих генов между подверженностью наркомании и расстройствами личности, а также между подверженностью наркомании и аффективным расстройствами депрессивного типа. В системе подверженности наркомании и подверженностью неврозам общих генетических факторов не обнаружено.

Полученные результаты позволяют отнести созависимых лиц к группе высокого риска развития наркоманий и могут быть использованы для разработки программ первичной профилактики наркологических и психических заболеваний в этой группе.

Помилуйко А.А.

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

ОСОБЕННОСТИ АЛЕКСИТИМИИ У БОЛЬНЫХ СТЕНОКАРДИЕЙ И ПЕРЕНЕСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Обследовано 106 больных с заболеваниями сердечно-сосудистой системы (64 человека с ИБС и стенокардией напряжения (СН) и 42 человека, перенесших инфаркт миокарда (ИМ)). Среди них 58 мужчин и 48 женщин. Возраст обследованных составил от 50 до 65 лет.

Проявления алекситимии в контексте настоящего исследования рассматривались как личностные характеристики на фоне хронической стрессовой ситуации, к которой пациенты адаптировались и не оценивали её как чрезвычайную. Косвенными признаками алекситимии, выявленной у обследованных больных, являлись такие типичные особенности, как многословное описание своих ощущений, затруднения при попытке их чётко сформулировать, бедность межличностных связей и образа жизни.

Для измерения выраженности проявлений алекситимии была использована Торонтская алекситимическая шкала (ТАШ), предложенная в 1985 году G. Teulog и соавт. и адаптированная в институте им. В.М. Бехтерева. Шкала состоит из 26 пунктов. Для более тщательного изучения корреляционных связей были выделены такие составляющие суммарного показателя как: а) нарушение идентификации эмоций; б) нарушение экспрессии эмоций; в) экстермальность эмоций. Алекситимичными считали лиц, набравших по TAS 74 балла и более, отсутствию алекситимии соответствовал показатель менее 62 баллов, показатель от 62 до 74 баллов свидетельствовал о пограничном типе личности.

Алекситимический тип личности выявлен у 38 обследованных больных (35,8%), в том числе у 17 чел. (40,5%) — перенесших ИМ и 21 чел. (33,8%) со стенокардией напряжения.

Пограничный тип личности оказался характерным для 36 человек (33,9%), в т.ч. — 8 (19,0%) — перенесших ИМ и 28 (43,8%) — со стенокардией напряжения.

Неалекситимический тип личности установлен у 32 человек (30,3%), в т.ч. у 17 чел. (40,5%), перенесших ИМ и у 15 чел. (23,4%) — со стенокардией напряжения.

В сравнительных группах больных средний общий показатель алекситимии ($66,5 \pm 1,42$ и $69,7 \pm 1,40$) существенно отличался от показателей здорового контингента ($59,3 \pm 1,3$). По критерию t Стьюдента эти различия были высокодостоверны ($p < 0,05$), что подтверждается результатами сопоставления кривых распределения частот показателей алекситимии в этих группах по информационной статистике Хи-квадрат ($p < 0,01$). В то же время при анализе показателей алекситимии у больных сравниваемых групп существенных различий не выявлено.

В ходе исследования были проанализированы показатели отдельных субшкал алекситимии:

— субшкала нарушения идентификации эмоций (затруднений в определении и описании (вербализации)

собственных переживаний, сложность в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями;

— субшкала нарушения эмоциональной экспрессии (неспособность выражать переживаемые чувства, неструктурированность чувств, ссылки на мнение окружающих, недостаточная эмоциональная включенность в объективную ситуацию, фиксация в большей степени на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях);

— субшкала экстермальности мышления (бедность фантазии, воображения, снижение способности к символизации, конкретный утилитарный тип мышления, не затрагивающий внутренних переживаний; неспособность к рефлексии, к эмоциональной включенности в объективную ситуацию, недостаточная дифференциация субъект-объективных отношений, упрощение жизненной направленности и взаимосвязей с окружающим миром).

У больных стенокардией напряжения достоверных различий средних показателей субшкал TAS не выявлено. В то же время у больных, перенесших ИМ, установлено отчётливое, статистически достоверное повышение показателя субшкалы «экстермальность мышления» ($3,16 \pm 0,14$) и особенно субшкалы «нарушение идентификации эмоций» ($3,55 \pm 0,23$), по сравнению с показателями субшкалы «нарушение эмоциональной экспрессии» ($2,37 \pm 0,17$). Кроме того, у больных перенесших ИМ, показатель «идентификация эмоций» превышал аналогичный показатель у больных стенокардией напряжения ($p < 0,05$). По другим шкалам достоверных различий в этих группах выявлено не было.

У больных СН отсутствовали существенные гендерные различия по показателю выраженности алекситимии. В то же время среди больных, перенесших ИМ, и неалекситимическим типом личности женщин не было. Это свидетельствует о том, что женщины без признаков алекситимии являются наиболее устойчивыми с точки зрения вероятности возникновения у них ИМ. По-видимому этим, а также преобладанием у мужчин факторов риска сердечнососудистых заболеваний (гиподинамия, курение, злоупотребление алкоголем) можно объяснить большую встречаемость у них ИМ.

Таким образом, проведённый анализ полученных результатов позволил конкретизировать вклад алекситимичности в формирования психологической проблематики больных СН и ИМ. С выраженностью алекситимических черт, в частности с нарушением экспрессии эмоций связано снижение эффективности контроля за собственным состоянием и отношениями с другими людьми. Усиление алекситимических черт способствует преобладанию стиля фальсификации «Я» в рамках психологической защиты, а также нарастанию противоречий при стремлении к удовлетворению потребностей контроля и самоконтроля. В конечном счёте, это приводит к снижению стрессоустойчивости больных.

УДК: 616.89-008.447-008.441.33-053.71

Пономарев В.И.

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ВОЗРАСТНЫХ КЛИНИКО-ДИНАМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК СТАНОВЛЕНИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ВЛЕЧЕНИЯ К ЛЕТАЧИМ ОРГАНИЧЕСКИМ СОЕДИНЕНИЯМ У ПОДРОСТКОВ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Необходимость изучения сочетанных форм социальных расстройств поведения и зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) обусловлена значительным их распространением. По данным Э.И. Гура [1] — 26,00 %, Ю.Б. Барыльникова [2] — 73,80 % подростков с расстройствами социального поведения (F-91) злоупотребляют летучими органическими соединениями (ЛОС). По данным С.Е. Казаковой [3] — 92,40 % подростков с диссоциальным агрессивным поведенческим паттерном одновременно злоупотребляют различными ПАВ.

С целью изучения возрастных клинико-динамических характеристик (КДХ) зависимости от ЛОС был обследован 161 подросток мужского пола с диагнозом F91.1., F18.2. по МКБ-10.

КДХ патологического влечения к ЛОС у подростков с несоциализированным расстройством поведения (НРП) на догоспитальном этапе изучались в сравнительном аспекте относительно типа преобладающего у них делинквентного патологического поведенческого паттерна: первую подгруппу сравнения составили пациенты с агрессивно-делинквентным, вторую подгруппу — с клепто-делинквентным, третью — с эгрессивно-делинквентным паттернами.

Результаты проведенного исследования показали, что средний возраст начала ингаляции ЛОС составил

у аддиктов с агрессивно-делинквентным паттерном $11,38 \pm 0,57$ лет, у подростков с клепто-делинквентным паттерном — $10,50 \pm 0,54$ лет, а у подростков с эгрессивно-делинквентным паттерном — $11,10 \pm 0,55$ лет.

Средний возраст начала регулярного употребления ЛОС в контингенте обследованных составил у аддиктов с агрессивно-делинквентным паттерном $11,86 \pm 0,65$ лет, у подростков с клепто-делинквентным паттерном — $10,91 \pm 0,53$ лет, а у подростков с эгрессивно-делинквентным паттерном — $11,29 \pm 0,52$ лет.

Сравнительный анализ начала регулярного употребления ЛОС относительно возраста первых проб ЛОС в сравниваемых подгруппах, показал, что средний период между началом употребления и регулярным употреблением ЛОС у большинства подростков с НРП и зависимостью составил $4,10 \pm 0,32$ месяца, тогда как у лиц с эгрессивно-делинквентным паттерном — менее $2,00 \pm 0,22$ месяцев.

Изучение анамнестических данных показало, что дебют ингалирования ЛОС у большинства подростков с сочетанной патологией состоялся в препубертатном возрасте, т.е. до 12 лет: у всех аддиктов с клепто-делинквентным и эгрессивно-делинквентным паттернами и у 51,16% аддиктов с агрессивно-делинквентным паттерном.

УДК: 616.89-008.441.13-008.47-053.71:001.8

Пономарева В.В.

Харьковский национальный университет им. В.Н. Каразина, г. Харьков

ХАРАКТЕРИСТИКА АДДИКТИВНОГО СТАТУСА У ПОДРОСТКОВ С СОЦИАЛЬНОЙ ФОБИЕЙ, ОТЯГОЩЕННОЙ УПОТРЕБЛЕНИЕМ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

По данным Стукан Л.В. (2006) распространённость социальной фобии (СФ) в современной украинской подростковой популяции составляет 11,29%. Но в реальности распространённость гораздо выше, так как только субклинические формы СФ выявляются у 25,80% подростков. По данным Г. Лаукса и Х. Мёлле СФ в 25,00% сочетается со злоупотреблением алкоголем. По сведениям S. Montgomery СФ в юношеском и зрелом возрасте является первичной патологией у 76,70% — с коморбидной наркоманией и у 85,00% — с коморбидным алкоголизмом.

Целью настоящего исследования являлось изучение характеристик аддиктивного статуса у подростков с СФ.

В исследовании принимали участие 90 подростков обоего пола с диагнозом «социальная фобия» (F40.1.), находившихся на лечении в ХОКПБ №3 и ХОКНБ, а также 45 их здоровых сверстников, жителей г. Харькова и Харьковской области.

Клинико-психопатологический метод исследования использовался как основной метод изучения клиники СФ у подростков. Диагностическим стандартом при идентификации СФ являлись критерии МКБ-10. Оценка аддиктивного статуса испытуемых групп сравнения проводилась «Методом комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов».

В группе лиц с СФ были выделены 22 (24,44 %) подростка без опыта употребления психоактивных веществ (ПАВ); 18 (20,00%) подростков, эпизодически употреблявших ПАВ и 50 (55,56 %) подростков, систематически употреблявших ПАВ. В контрольной группе были выделены: 33 (73,33%) подростка без опыта употребления ПАВ и 12 (26,67%) подростков, эпизодически употреблявших ПАВ.

На основе сравнительного изучения характеристик аддиктивного статуса у пациентов с СФ и здоровых подростков впервые получены данные о клиничес-

ки значимой гетерогенности лиц с СФ по частоте и уровню риска употребления ПАВ, а также структуре и полоспецифичным особенностям их употребления.

Было установлено, что частота встречаемости лиц с опытом употребления ПАВ достоверно выше в контингенте лиц с СФ ($p < 0,01$). Общий процент лиц с СФ, употреблявших ПАВ (разово, эпизодически или систематически) составил 75,56%.

Рисковая гетерогенность контингента лиц с СФ проявлялась в наличии лиц с различным уровнем опасности употребления ПАВ: нулевым, относительно безопасным и опасным. В группе лиц с опытом употребления ПАВ доминировали лица с опасным уровнем употребления ПАВ (55,56%). Совокупный уровень риска употребления ПАВ среди лиц с СФ характеризовался как высокий.

Установлены полоспецифичные особенности

употребления ПАВ в группе пациентов с СФ: большинство из употребляющих ПАВ подростков как в целом по группе, так и в части её с высоким риском употребления, являются лицами мужского пола.

Выявлено доминирование алкоголя в структуре употребления ПАВ в группе лиц с СФ. Установлено наличие в этом контингенте сложного аддитивного профиля, который характеризуется ассортиментностью ПАВ в структуре потребления, полисубстантностью и сочетанностью употребления ПАВ, наличием нелегальных ПАВ в структуре потребления.

Проведенное исследование аддитивного статуса дало возможность доказательно выделить в контингенте подростков с СФ две клинические группы сравнения: без опыта и с опытом употребления ПАВ, а среди последней — подгруппы с относительно безопасным и опасным уровнем употребления ПАВ.

УДК 616.89-008-053:616.89-008.441.44

**Проскуріна Т.Ю., Михайлова Е.А.,
Мітельов Д.А., Матковська Т.М.**

ДУ «Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків НАМН»,
м. Харків, Україна

СУЇЦИДАЛЬНА ПОВЕДІНКА У ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ І ВЕКТОРНІСТЬ ПРОФІЛАКТИКИ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ

У сучасній літературі продовжується дискусія про діагностичний спектр психічних і поведінкових розладів у осіб, що зробили суїцидальну спробу. Проблема суїцидальної поведінки у дітей і підлітків з депресивними розладами залишається найбільш гострою тематикою сучасної дитячої клінічної і соціальної психіатрії. На жаль, в Україні клінічну і соціальну суїцидологію, тим більше дитячо-підліткову, до теперішнього часу не включено у державну номенклатуру видів спеціалізованої медичної і профілактичної допомоги населенню.

Мета: дослідити структуру суїцидальної поведінки у дітей із депресивними невротичними розладами у віковому аспекті і розробити технологію психопрофілактики

Матеріали і методи: 125 дітей у віці 7 – 11 років і 120 підлітків 12 - 18 років із депресивними розладами психогенного генезу. Дизайн дослідження: клініко – психопатологічний метод, тест визначення рівня депресії В.А. Журова у авторській правці В.В. Бойко (2005); шкала оцінки депресії у дітей 7 – 12 років CDRS-R; Колумбійська шкала оцінки тяжкості суїциду (GSSRS) за K. Posner et al. (2008).

Результати та їх обговорення. Питома вага суїцидальної поведінки при депресії у дітей складає — 15,2%; у підлітків — 12,3 %. У структурі суїцидальної поведінки у дітей 7 – 11 років частіше реєструвалися суїцидальні спроби, а у підлітків – суїцидальні думки, суїцидальні вислови, демонстративна суїцидальна поведінка. Модель профілактики суїцидальної поведінки у дітей з депресією включає три поетапні модулі: психодіагностичний (структуроване діагностичне інтерв'ю, яке дозволяє визначити реєстр психопато-

логії і глибинних психологічних конфліктів; другий - визначення структур-мішеней щодо корекції невротичної, особистісної, емоційної і інтелектуальної складових невротичної хвороби і пошук можливостей медичного і соціального контролю дітей із суїцидальною поведінкою, третій – визначення стратегії профілактики суїцидальної поведінки. Ризик суїцидальної поведінки у підлітків з депресією визначається при діагностиці трьох складових: одного з видів суїцидальної реакції: нереалізованих суїцидальних думок, нереалізованого суїцидального наміру, нереалізованих суїцидальних рішень та суїцидальних спроб; депресивного невротичного розладу із тривожним синдромом; напруженості та тривожності як провідної тенденції мотиваційно-потребової сфери, акцентуації характеру за нестійким або сенситивним типом, високого рівня ризику соціальної дезадаптації. Обсяг психотерапевтичних інтервенцій для підлітка з суїцидальною поведінкою на тлі невротичного депресивного розладу включає кризове втручання, навчання батьків навичкам управління – тренінг компетенції батьків, психологічну корекцію в програмі «дитина – проблема», когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-терапію, раціональну емотивну терапію, метод діалогу, роботу з полярностями, арттерапію, організацію реабілітаційного простору. Основою стратегії соціального втручання є реалізація принципу розвитку системи контролю охорони психічного здоров'я підростаючого покоління, що включає ранню діагностику депресії та авітальних тенденцій та вирішення проблеми сімейної та шкільної діагностики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків. Напрями психосоціальної діяльності щодо заходів психопрофілактики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків по-

винні реалізовуватися на рівні найближчого оточення дитини, на рівні дитини із конкретними психологічними проблемами і на рівні держави. Рішення діагностичних питань у системі психопрофілактики суїцидальної поведінки включає аналіз мотивації аутоагресивної поведінки, проведення медико-психологічної експертизи – визначення ризику рецидиву суїцидальної

поведінки, тобто профілактику повторних суїцидів і медико-психологічний супровід у постсуїцидальному періоді. Впровадження в практику технології психопрофілактики суїцидальної поведінки є необхідною передумовою комплексної програми збереження психічного здоров'я молоді, моральних та духовних цінностей суспільства.

УДК 616.89-02:616.831-005.1:616.12-008.331.1

Пшук Н. Г., Демченко М. І.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ТА ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНИХ ПРОЯВІВ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ

З метою дослідження взаємозв'язку між показниками якості життя та вираженістю депресивних проявів у хворих з постінсультною депресією (ПІД), за допомогою методики оцінки якості життя SF-36 та клініко-психопатологічного методу, на базі відділення судинної патології Вінницької обласної психіатричної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2007-2010 років було обстежено 140 хворих, які перенесли ішемічний інсульт (ІІ) (давність ІІ — від 9 до 18 місяців), з яких у 110 пацієнтів діагностовано депресивні розлади (ДР) (основна група, ОГ). Групу порівняння (ГП№1) склали 30 пацієнтів з діагнозом ДР F.32, F.33 (30 хворих у постінсультному стані, в яких не було виявлено депресивних проявів, були обстежені на психодіагностичному етапі дослідження як друга група порівняння ГП№2).

Нозологічна структура діагностованих ДР у пацієнтів ОГ була представлена наступними діагностичними одиницями: F.32.01 (легкий депресивний епізод з соматичними симптомами) — 13,6 % осіб; F.32.11 (помірний депресивний епізод з соматичними симптомами) — 16,4 % осіб; F.32.2 (тяжкий депресивний епізод без психотичних симптомів) — 9,1 % осіб; F.33.01 (рекурентний депресивний розлад, поточний епізод легкого ступеню з соматичними симптомами) — 10,0 % осіб; F.33.11 рекурентний депресивний розлад, поточний епізод помірної тяжкості з соматичними симптомами) — 7,3 % осіб; F.43.21 (продовжена депресивна реакція) — 23,6 % осіб; F.06.32 (депресивний розлад органічної природи) — 11,8 % осіб; F.06.6 (органічний емоційно-лабільний розлад) — 8,2 % осіб.

В цілому ДР у хворих ОГ були представлені тривожною, дистимічно-дисфоричною та апато-абулочною депресією. У пацієнтів із тривожною депресією вираженість симптомів депресивного спектру коливалась в межах «психологічно зрозумілої» і адекватної реакції на дію психотравмуючих чинників — від тривалої депресивної реакції до станів субдепресії та більш вираженого депресивного афекту, проте, який не досягав психотичного рівня. У 54 (71,1 %) ДР хворих супроводжувались ідеями самоприпинення, зменшення власної соціальної вартості, фізичної неспроможності та іншими ідеями депресивного змісту. У пацієнтів із дистимічно-дисфоричною депресією виявлялись часті спалахи дратування, проявів агресивності, з елементами іронізування, ознаки злісно-тривожного настрою, підвищена втомлюваність і виснажливості при фізичній чи психічній діяльності. У пацієнтів із апатичною депресією встанов-

лено зниження активності і ініціативи, що впливало на їх самовідчуття, мислення, працездатність, рівень пізнавальної діяльності, вираженість ангедонії, ідеї малоцінності, зменшення соціальної вартості.

Дистимічно-дисфорична постінсультна депресія розвивалась переважно у хворих з тривалістю відновлювального періоду ІІ до 9 місяців ($r = +0,673$); тривожна депресія — від 9 до 15 місяців ($r = +0,682$), а адинамічна постінсультна депресія розвивалась переважно у хворих з тривалістю відновлювального періоду ішемічного інсульту 15–18 місяців ($r = +0,667$).

Аналіз взаємозв'язків між рівнем клініко-психопатологічної симптоматики депресивних симптомів та показниками соціального функціонування встановив наступне. Психологічні показники якості життя у пацієнтів ОГ були обумовлені формою і тяжкістю психічної патології, а саме: при тяжкому депресивному епізоді «фізичний компонент якості життя» склав 23,9 бала, «психічний компонент якості життя» — 23,3 бала. «Фізичний компонент якості життя» при «вираженому депресивному епізоді» дорівнював 35,3 бал, «психічний компонент якості життя» склав 30,6 бала. «Фізичний компонент якості життя» при «помірному депресивному епізоді» дорівнював 46,9 балів, «психічний компонент якості життя» склав 39,2 бала. В цілому виявлено, що у хворих на ПІД внаслідок постійної патологічної дії «фізичного компоненту» формується «особливий психосоматичний травмуючий чинник», що проявляється паралельним стійким підвищенням показника «психічного компоненту якості життя».

В цілому, дослідження якості життя пацієнтів з ПІД виявило наступне: не задоволеними якістю життя були 54,5 %, майже задоволеними — 36,4 %, задоволеними — 9,1 %. Крім того, встановлено, що пацієнти найбільш були незадоволені станом власного фізичного благополуччя, суспільно підтримки та психологічного благополуччя. Виявлено, що родичі хворих оцінювали якість життя пацієнтів вище, ніж вони самі, а оцінки лікарів були вищими за оцінки членів родини. Встановлено, що хворі з дистимічно-дисфоричною ПІД були найбільш не задоволені якістю життя ($r = +0,673$), хворі з апатичною формою ПІД були відносно задоволені ($r = +0,682$), а хворі з тривожною депресією характеризувались проміжними показниками щодо задоволеності ($r = +0,667$).

Отримані дані були враховані нами при розробці комплексної терапевтичної програми для даного контингенту пацієнтів.

УДК 616.89-008.1-08-035-07-08-059

Ряполова Т.Л., Абрамов В.А., Студзинский О.Г., Кокотова Е.А.
Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького**РОЛЬ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ДИАГНОЗА В ОРГАНИЗАЦИИ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Исходя из интегративных (биопсихосоциальных) представлений о клинико-патогенетической сущности психических расстройств, лечение больных должно быть биологическим и психосоциальным. Цель биологического (медикаментозного) лечения предполагает устранение клинических проявлений болезни, а цель реабилитационного вмешательства — восстановление (развитие) личностных ресурсов больного и его функционирования в обществе. Клинический (категориальный) диагноз отражает психический статус больного, симптомы и синдромы заболевания, его динамические особенности и не включает каких-либо характеристик пациента. Функциональный реабилитационный диагноз (ФРД) содержит информацию об индивидуальном уровне функционального состояния пациента, ресурсной системе его личности и возможности его поддержки в макро- и микросоциальном окружении. На этой основе может быть определена конечная цель реабилитации конкретного пациента, разработана индивидуальная реабилитационная программа с подбором адекватных методов психосоциальной терапии.

В структуре ФРД больного шизофренией нами выделяется несколько диагностических блоков: блок оценки уровня функциональной недостаточности пациента в когнитивной, эмоционально-мотивационной и коммуникативной сферах; блок оценки реабилитационного потенциала пациента, включая уровень психической и психосоциальной адаптации; блок оценки ресурсов поддержки пациента в сообществе (ресурс реабилитационного вмешательства, ресурс семейной поддержки, ресурс поддержки в значимых социальных сферах); блок определения конечной (индивидуальной) цели реабилитации (коррекция функциональной недостаточности пациента, повышение реабилитационного потенциала или ресурсной системы личности,

улучшение ресурса поддержки пациента в сообществе).

Для достижения широкомасштабного клинического результата программа психосоциальной реабилитации должна включать адекватное сочетание различных реабилитационных вмешательств. Основным критерием отбора конкретных методов и являются объективно зафиксированные в структуре ФРД индивидуальные уровни функционального дефицита, реабилитационных ресурсов и семейной поддержки пациента.

Таким образом, реабилитационный процесс требует привлечения членов мультидисциплинарных бригад в составе: врач-психиатр, врач-психотерапевт и/или медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или реабилитационная медицинская сестра. В условиях амбулаторной специализированной психиатрической помощи они могут работать в плане реализации индивидуальных реабилитационных программ. Однако первичную реабилитационную диагностику целесообразно проводить в отделениях психосоциальной реабилитации членами мультидисциплинарной бригады, специально обученными соответствующим технологиям. Это позволит пациентам глубже осознать цели реабилитационного вмешательства, а специалистам — апробировать индивидуально подобранные методы психосоциального вмешательства, что даст возможность при выписке больного дать полноценные рекомендации по реализации реабилитационной программы с целью оптимизации временных затрат специалистов на местах, в задачу которых будет входить лишь коррекция реабилитационного диагноза и индивидуальной психосоциальной программы в зависимости от изменений состояния и уровня функциональных психосоциальных возможностей пациента.

УДК 616.853-053.2-07:616.831-073.97(075.9)

Садеков И.А., Поляков А.В., Садекова И.В., Петренко Л.В., Тишковец О.И., Лукина Е.Г., Кочмар В.Ю.

Детское клиническое территориальное медицинское объединение г. Макеевка

КОГНИТИВНАЯ ЭПИЛЕПТИФОРМНАЯ ДЕЗИНТЕГРАЦИЯ У ДЕТЕЙ — ОПЫТ ПРЕОДОЛЕНИЯ СТЕРЕОТИПОВ

Внедрение понятия «когнитивной эпиптиформной дезинтеграции» (КЭД) одно из впечатляющих достижений эпилептологии последнего десятилетия (Guerrini R, 2000, Tuchman R.E, 2007, Карлов В.А. 2010, Зенков Л.Р., 2010, Мухин К.Ю., 2011). КЭД — приобретенное нарушение когнитивных функций у детей в результате постоянной продолженной эпиптиформной активности на ЭЭГ при отсутствии эпиптических

приступов (Gobbi G с соавт. 2002, Мухин К.Ю. 2004). Однако воплощение ее в практику столкнулось с преодолением ряда стереотипов у интернистов: признание наличия непароксизмальных эпиптических расстройств, необходимости антиэпиптической терапии при отсутствии клинически очерченных пароксизмов, а также с отсутствием широкой возможности мониторингирования ЭЭГ. Вместе с тем, дифферен-

циальная диагностика когнитивных расстройств у детей с верификацией КЭД открывает новые возможности терапии (Петрухин А.С., 2010, Зенков Л.Р. 2010).

С целью разработки рациональной терапевтической тактики нами проведено комплексное обследование 9 больных находившихся на стационарном лечении в неврологическом отделении за период с 1.09.2011 г по 1.02.2012 г, в возрасте от 3 до 7 лет, 7 мальчиков и 2 девочки. Всем больным проведено неврологическое и психиатрическое обследование, логопедическое и психологическое тестирование, ЭЭГ мониторинг от 8 до 24 часов с обязательным включением дневного или ночного сна с использованием аппарата — электроэнцефалограф-регистратор «Энцефалан-ЭЭГр — 19/26», производство «Медиком-мтд», г. Таганрог, Россия, магнитно-резонансная томография с использованием аппарата Hitachi Airis Mate 0.2T.

При неврологическом обследовании выявлено наличие рассеянной микроорганической симптоматики с преобладанием ороромандибулярной диспраксии (3 больных), пирамидной и экстрапирамидной недостаточности в конечностях (4 больных), патологии со стороны черепно-мозговой иннервации (6 больных). При исследовании психического статуса и психологическом тестировании преобладали признаки интеллектуальной недостаточности у всех больных с показателями IQ от 48 до 66 баллов, в сочетании с гиперактивностью у 4 больных, дефицитом внимания — 3 больных, дезинтегративным расстройством развития у 1 больного. Логопедическое обследование выявило

наличие алалии — 2 больных, общее недоразвитие речи — 6 больных, дизартрии - 1 больной. При ЭЭГ мониторингировании выявлено: «роландическая» эпилептическая активность (доброкачественный эпилептический паттерн — ДЭПД) — 7 больных, фокальная эпилептическая активность в лобных отведениях — 2 больных, все эти изменения зафиксированы во время сна. При магнитно-резонансном обследовании (проведено 7 больным) выявлено: МР — признаки фокальной пихирии в лобной области у 2 больных, мезиально-височного склероза у 2 больных, перивентрикулярного глиоза у 1 больного, вентрикуломегалии у 2 больных.

Проведенное обследование позволило диагностировать КЭД (7 больных), эпилептиформный аутистический регресс — ЭАР (1 больной), эпилептиформный лобный синдром — ПЭЛС (1 больной) и назначить больным с КЭД конвулекс-ретард до 20 мг на кг в сутки, больным с ЭАР и ЭЛС топамакс до 5 мг на кг в сутки. Дизайн настоящего исследования позволил проследить эффективность терапии спустя 5 месяцев лишь в 2 случаях КЭД и показал обнадеживающие результаты с купированием ДЭПД на ЭЭГ с возрастанием IQ на 15 — 20 баллов. Исследование в настоящее время пролонгируется с целью дальнейшего изучения эффективности терапии КЭД антиэпилептиками в опытной группе.

Таким образом, диагностика и рациональная терапия КЭД требует от интерниста активного преодоления стереотипов, что открывает новые возможности для когнитивной неврологии.

УДК 616.858-008.6:616.8-07

Сайко Д.Ю.

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины», г. Харьков

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ ОРГАНИЧЕСКИХ ДЕПРЕССИЙ ПРИ БОЛЕЗНИ ПАРКИНСОНА

Болезнь Паркинсона (БП) — тяжелое прогрессирующее возрастзависимое нейродегенеративное заболевание, распространенность которого составляет около 1-2% в популяции [1,4]. Депрессивные расстройства по данным разных авторов отмечаются у 40–90% больных БП и признаны ведущим фактором ухудшения качества жизни, повышения суицидального риска и формирования когнитивных расстройств при БП [2,5]. Однако диагностика депрессий на фоне БП крайне затруднена за счет их клинической схожести («перекрываемости») с двигательными проявлениями БП, что обуславливает необходимость разработки специфических критериев их диагностики у больных БП [3].

Целью настоящего исследования было изучение клинко-психопатологических особенностей органических депрессий при болезни Паркинсона.

Обследовано 165 больных БП: 89 больных с органическим непсихотическим депрессивным расстройством F06.36 (основная группа) и 76 больных без психических нарушений (контрольная группа).

Использовались клинко-психопатологический

метод, включающий оценку психического состояния больного; и психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтомери-Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS).

Согласно данным исследования в качестве основных клинических особенностей органической депрессии у больных БП были выделены: проявление депрессивных расстройств астено-анергическим синдромом (65,2%) с ведущими астеническими расстройствами (80,9%), ухудшением коммуникативных функций (73,0%) и расстройств воли (68,5%) в поведении; умеренная степень тяжести депрессии ($28,1 \pm 1,8$ (Монтгомери-Асберга)); преобладание среди эмоциональных расстройств усталости (79,8%) в выраженной степени ($4,8 \pm 0,9$ (Монтгомери-Асберга)), чувства вины в умеренной степени выраженности (55,1% (PANSS)), эмоциональной лабильности (44,9%), слабодушия (42,7%), тоски (39,3%), напряженности в средней сте-

пени выраженности (39,3% (PANSS)), безразличия (37,1%), апатии в умеренной степени выраженности (1,3±0,2 (MDS-UPDRS)); наличие рудиментарных двигательных расстройств (61,9%); когнитивных нарушений в виде пессимистических мыслей в выраженной степени (4,7±0,8 (Монтгомери-Асберга)), быстрой истощаемости психической деятельности (88,8%), снижения уровня концентрации внимания (71,9%), ригидности мышления (53,9%), нарушений абстрактного мышления в средней степени выраженности (44,9% (PANSS)), нарушений памяти (40,4%), недостаточности суждений и критики в умеренной степени выраженности (39,3% (PANSS)); вегетативных расстройств в виде снижения массы тела (67,4%), сексуальных нарушений (61,8%), нарушений аппетита (41,6%) и сна (39,3%) (при $p < 0,01$).

Органические депрессии формировались преимущественно у больных с акинетико-ригидно-дрожательной формой ($r=0,72$), медленным типом прогрессирования ($r=0,78$) и 3 стадией ($r=0,67$) болезни Паркинсона. У больных с органической депрессией на фоне БП отмечалась умеренная выраженность клинических проявлений болезни Паркинсона и двигательных осложнений, умеренный когнитивный дефицит, преобладание 60% дневной активности (в 55,1% случаев, при $p < 0,01$), у больных контрольной группы данные проявления болезни Паркинсона были выражены в легкой степени.

Результаты проведенного исследования могут использоваться в качестве диагностических критериев и прогностических факторов риска развития данной психопатологии при БП.

УДК 159.91

Селюкова Т.В.

Национальный университет гражданской защиты Украины, г.Харьков

ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПАСАТЕЛЕЙ В ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ УСЛОВИЯХ И ИХ ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДГОТОВКА

В современное время в Украине количество профессиональной деятельности связанной с экстремальными условиями труда значительно возросла. В связи с этим увеличивается число заболеваний связанных с неблагоприятными последствиями подобных условий труда (посттравматический синдром и ряд других производственно-обусловленных заболеваний). Адаптивные ответы организма на действие экстремальных раздражителей во многом определяются состоянием нервной системы.

Психологическая подготовка спасателей определяется как деятельность по формированию качеств, обеспечивающих устойчивость и готовность переносить экстремальные нагрузки во время чрезвычайных ситуаций на море и водных бассейнах.

Условно можно выделить 3 вида психологической подготовки спасателей: общую, специальную и целевую.

Общая подготовка связана с постоянным совершенствованием профилактических знаний и навыков. В борьбе со страхом, стрессами, паникой действует правило: лучше профилактика, чем лечение.

Специальная психологическая подготовка спасателей осуществляется в процессе выполнения специальных тренировок, проведения учений в условиях сложной напряженной обстановки на море и водных бассейнах и обеспечивает формирование у спасателей уверенности в правильности своих действий, стойкости и физической выносливости.

Основным содержанием целевой психологической подготовки является деятельность органов управ-

ления и командиров всех степеней, она направляется на повышение психической активности и работоспособности личного состава, на поддержание должного настроения, повышение адаптационных возможностей человека.

Профессиональная деятельность спасателей связана с неблагоприятным воздействием на них вредных условий (физических, психологических и др.), которые могут вызвать сильный стресс, привести к возникновению многих заболеваний (нервно-психических расстройств, гипертонической болезни и др.). Наличие стресс-факторов создает трудности в работе спасателей, ухудшает их физическое и психическое состояние, влияет на эффективность работы, что является основанием для разработки методов оценки и оптимизации психологического климата в коллективах, работающих в экстремальных условиях как одно единое целое, а также организации процесса управления профессионально-психологической адаптацией уже на этапе подготовки курсантов в высших учебных заведениях.

Склонность к риску проявляется как направленность на опасность, поэтому эффективность действий пожарных, обладающих таким качеством, в экстремальных условиях очень высока. Это очень важно учитывать при расстановке сил на опасных участках боевой работы. Все вышесказанное обуславливает актуальность и необходимость разработки психо-социальных мероприятий для подготовки спасателей в экстремальных условиях.

УДК 616.891.2:616-009.1

Скоробрега В. З.

городская клиническая больница №10, г. Одессы
заведующий неврологическим отделением
кандидат медицинских наук

КУДА ДЕВАТЬ ИСТЕРИЮ?

Введенная в действие Международная синдромальная Классификация Болезней (МКБ) 10-го пересмотра разрушила некоторые канонизированные представления отечественной неврологии. Из привычной классификации неврозов истерия исключена как нозологическая форма и предпочтение отдано термину «диссоциативный (конверсионный)», который объединил расстройства, ранее считавшиеся как истерическими. Нововведение неоднозначно воспринято в широких научных кругах. Многочисленные публикации последнего десятилетия демонстрируют разногласия, иногда, полярные мнения авторов по указанной проблеме: от отождествления терминов [1,6,7] до сохранения приверженности к прежней клинко-нозологической терминологии [2,4]. Существуют мнения об использовании терминов «истерия», «истерический» для оценки личностного расстройства [3,5,9]. Возникла ситуация, когда архаичный термин стал настолько привычным, хотя и не совсем понятным, что ученые его принимают как должное, обходя «подводные камни» научного объяснения, и по-прежнему используют в клинической практике, что свидетельствует об отсутствии единого методологического подхода в понимании неврозов.

В свое время З. Фрейдом [8] термины «диссоциация» и «конверсия» предложены применительно истерии: «истерическая диссоциация», «истерическая конверсия». На наш взгляд, З.Фрейдом был открыт закон невротического реагирования в виде 2-х форм: психической и телесной, на который сам автор и его последователи не обратили должного внимания, так как были увлечены психоанализом. Другими словами, в его терминологии отражена реакция личности в ответ на психотравмирующую ситуацию, патогенетически невроз может проявляться либо в психическом (диссоциативном), либо в соматическом (конверсионном) руслах.

Включение в рубрику F44 МКБ-10 — диссоциативных (конверсионных) расстройств: истерии, реакции, истерического психоза — некорректно, так как прослеживается нарушение концептуально-семантической логики. Конверсия, т.е. реакция, не может быть

причиной невроза. С точки зрения доказательной медицины, благодаря накопленному опыту, предлагаем исключить термин «истерия» из клинической практики, а расстройства, ранее считавшиеся истерическими, рассматривать как невротические в виде двух форм: диссоциативной и конверсионной. Отождествление терминов «диссоциативный» и «конверсионный» нецелесообразно из-за различных клинко-методологических подходов психиатров и неврологов, как к диагностике, так и к лечению.

Развивая далее концепцию З. Фрейда, схематично, пограничную патологию, включенную в МКБ-10 (F44) можно отобразить в виде шкалы реакции на стресс (рис. 1)

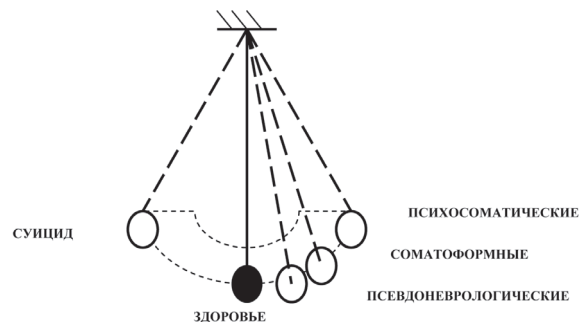


Рис. 1. Шкала реакции на стресс (принцип маятника)

Шкала реакции на стресс отражает тяжесть нарушений в зависимости от «колебания маятника». На примере конверсионных расстройств отклонения от нулевой точки («здоровье») в виде псевдоневрологических проявлений расцениваются как более легкое (отсюда и выражение: «по типу условий приятности»). Крайнее отклонение — психосоматические заболевания. Соматоформные расстройства занимают среднее положение, так как вызывают озабоченность здоровьем, но редко трансформируются в тяжелую соматическую патологию.

УДК 616.89

Сорока В. В.

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

ФАКТОРЫ РИСКА СУПРУЖЕСКОГО НАСИЛИЯ

Супружеское насилие является одной из самых сложных проблем в большинстве стран, включая Украину.

Несмотря на многочисленные исследования данной проблемы, лишь некоторые из них рассматривают факторы риска супружеского насилия.

В настоящее время, возрастает количество доказательств о значимости изучения предикторов риска насилия в супружеских отношениях, разрабатываются новые методики по этой проблеме. К ним относятся «Шкала менеджмента анамнестических и клинических

ких факторів ризику» (Historical/Clinical/Risk Management scale (HCR); «Критерії оцінки ризику нападения на супругу(а)» (Spousal Assault Risk Assessment Guide) и «Шкала для оцінки ризику сексуального насильства (Sexual Violence Risk scale).

Ряд авторів (R. M. Sartin, D. G. Dutton, R. E. Neuman) настоятельно рекомендують вивчати як фактори ризику сімейного насильства, так і фактори ризику рецидива насильства після психотерапевтичної інтервенції, фактори ризику циклічного течення, фактори ризику відмови жертви від спеціалізованої допомоги.

Нами було досліджено 60 жінок, які перебувають у ситуації насильства в сім'ї і звернулися за спеціалізованою допомогою в Областну клінічну психоневрологічну лікарню — Медико-Психологічний Центр.

В групі значально переважають особи працоспроможної віку (18-49 років). В віковій менше 20 років було 3 особи (5%); 21-30 років було 27 осіб (45%), 31-40 — 22 (36,7%), 41-50 років — 8 осіб (13,3%).

В сім'ях, які характеризуються жорстоким ставленням, жінки вносять в сімейний бюджет менше 50%. (виявлено у 54 досліджуваних).

Значальним фактором ризику подружнього насильства є незареєстрований шлюб (у 37 досліджуваних), що може бути пояснено використанням жорстокого поведінки для закріплення лідерської позиції, небажанням шукати компромісних рішень в стосунках.

По даним літератури, на циклічний характер насильства впливає тривалість шлюбу. В нашому дослідженні жінки, які перебували в шлюбі більше 5 років, склали 38 досліджуваних, при цьому вони відзначали багаторазові повторювані з визначеною

ною періодичністю епізоди насильства з боку партнера.

Середнє або середнеспеціальне освітання (25 жінок), різке зниження загального доходу сім'ї (20 досліджуваних), серйозна хвороба дитини або інших членів сім'ї (17 досліджуваних), зміна місця проживання (13 досліджуваних), вагітність або народження дитини (7 досліджуваних), збільшують ймовірність насильствених стосунків між подружжям.

Виявлені фактори ризику, відповідають результатам, опублікованим ВОЗ (Насильство з боку інтимного партнера і сексуальне насильство в стосунках жінок. Інформаційний бюлетень N239. Вересень 2011 р.). Згідно даним ВОЗ фактори ризику насильства з боку інтимного партнера, включають: низький рівень освітання; спостережуване насильство в стосунках між батьками; розбіжності між подружжям і незадоволеність в подружжескому житті; стосунки, які приймають насильство; анти-соціальне розлад особистості у суб'єкта, який здійснює насильство.

Фактори ризику, в стосунках яких не існує єдиного висновку про їх пряме вплив на ймовірність здійснення насильства, а саме: вживання алкоголю, досвід насильства в дитинстві, в нашому дослідженні оказували опосередковане вплив на ймовірність здійснення насильства шляхом ряду інших факторів.

Таким чином, виявлені фактори ризику умовно можна розділити на дві групи ситуативні (фінансові труднощі, хвороба родича, рівень освітання) і структурні (емоційна і фізична ізоляція сім'ї, проблеми незадоволення взаємостосунків в парі «чоловік-жінка», багатодітна сім'я, проблеми взаємостосунків в парі «батько-дитина»).

УДК: 616-007

Спасібухова В. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти

ЕМОЦІЙНІ РОЗЛАДИ ХВОРИХ НА ДИТЯЧИЙ ЦЕРЕБРАЛЬНИЙ ПАРАЛІЧ

В останні роки в Україні спостерігається збільшення дітей з органічною патологією центральної нервової системи. При цьому перше місце серед дітей-інвалідів займають хворі з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). У складі саме цього контингенту міститься найбільший прошарок соціально дезадаптованих дітей-інвалідів.

У цих дітей досить швидко формуються патологічні рухові, когнітивні та емоційно-поведінкові стереотипи, що утримує їх психосоціально адаптацію. У зв'язку з цим провідним напрямом є реабілітаційна психологія, яка за допомогою психокорекційних методів відновлює модифікує системи, які працюють за стереотипами.

Виходячи з вищевикладеного метою нашого дослідження була розробка системи медико-психологічного супроводу пацієнтів з різними формами ДЦП з неспокійними порушеннями психічної сфери у на основі вивчення у них когнітивних, емоційних та поведінкових розладів. Також була спроба уточнення обсягу можливостей психолого-корекційного впливу на особистісні характеристики дитини з ДЦП та її батьків.

Всім хворим було проведено комплексне обсте-

ження 36 пацієнтів зі спастичними (спастична диплегія, спастична геміплегія) і дискінетичними (гіперкінетичний церебральний параліч, атетодний церебральний параліч) формами ДЦП в віці від 4 до 7 років.

Було проведено клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження з використанням тестів Векслера, Дембо-Рубінштейна, кольорового тесту відношень, тестів ставлення батьків до захворювання своєї дитини. Клінічний аналіз показав, що у всіх пацієнтів формувалася астено-невротичний симптомокомплекс. У переважній більшості спостерігалися клінічно-значущі дистимічні і тривожні прояви з елементами агресивної поведінки. За даними патофизиологічного дослідження встановлено, когнітивна сфера знаходилася в межах граничної розумової відсталості і не доходила до рівня олігофренії. У всіх хворих виявлено підвищення рівнів особистісної тривоги і реактивної тривожності і депресії. Отримані результати послужили підґрунтям для комплексної диференційованої системи психокорекційних заходів. Апробація цієї системи в дитячому психоневрологічному закладі показала її значну ефективність.

УДК:616.3

Спасібухов О.А.

Харківська медична академія післядипломної освіти

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ НА ВИРАЗКОВУ ХВОРОБУ ШЛУНКА І 12-ПАЛОЇ КИШКИ

В теперішній час в Україні спостерігається зростання показників захворюваності на хвороби з хронічним перебігом. Це призводить до значних втрат працездатності, зростанню рівня первинної та вторинної інвалідності, погіршення рівня соціального функціонування і якості життя значних верств населення. Особливо це стосується тих захворювань, в походженні котрих провідне місце займає психічний чинник, тобто, психосоматичних захворювань. До поширених представників психосоматичних розладів відноситься виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки.

Відповідно до вищевикладеного нами було проведено дослідження 65 хворих на виразкову хворобу шлунку і 12-палої кишки. Хворі досліджувались на етапі

реабілітації в санаторно-курортних умовах. У всіх хворих визначені психоемоційні порушення невротичного регістру.

На підставі отриманих даних була сформована модель медико-психологічної реабілітації хворих на захворювання органів травлення з невротичними розладами, з урахуванням їх клінічної структури і патопсихологічних механізмів формування.

Також були розроблені принципи побудови організаційної моделі психосоціальної реабілітації і медико-психологічного супроводу хворих на захворювання органів травлення з невротичними розладами в санаторно-курортних умовах. На базі санаторію «Березівські мінеральні води» була проведена апробація цієї моделі, яка показала значну ефективність.

УДК 616.728.2-089.843-036.1:616.89

Спіріна І.Д., Леонов С.Ф., Шустерман Т.Й., Коваленко Т.Ю., Феденко Є.С.

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

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ СОМАТОПСИХІЧНИХ ТА ПСИХОСОМАТИЧНИХ ПОРУШЕНЬ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ

Коксартроз — хронічне прогресуюче захворювання тазостегнового суглоба різної етіології і найбільш важка форма остеоартрозу. Серйозною медико-соціальною проблемою є велика розповсюдженість хвороби у осіб працездатного віку, значна інвалідизація хворих та втрата професійних і соціальних навичок. Відомо, що якість життя хворого, який переніс тяжке захворювання, операцію чи травму, надзвичайно залежить від ступеня медичних, соціальних наслідків та психічної реадаптації. Психокорекційні заходи у комплексі з фармакотерапією дозволяють досягти поліпшення якості життя та психосоціального пристосування.

Метою роботи була діагностика і корекція психосоматичних та соматопсихічних розладів в структурі дезадаптації у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування.

Матеріали і методи дослідження. Обстежено 105 хворих на коксартроз (КА), які перебували на стаціонарному лікуванні у відділенні ендопротезування Дніпропетровської обласної клінічної лікарні. Серед них було 38 (36,2%) чоловіків і 67 (63,8%) жінок, середній вік ($M \pm s$) — 53,3 $\pm$ 9,7 років, тривалість хвороби — 8,8 $\pm$ 4,6 років.

Результати дослідження. В результаті проведеного клініко-психопатологічного обстеження у 70 (66,7%) хворих діагностовані (за критеріями МКХ-10) такі форми пограничних психічних розладів як депресивний розлад (F 32) — 26 (24,8%), неврастенія (F 48) — 17 (16,2%), тривожні та фобічні розлади (F 40-41) — 19 (18,1%), розлади особистості (F 60.5, F 60.6, F 60.7) — 8 (7,6%).

У обстежених хворих терапія мала комплексний характер і проводилась як у період стаціонарного лікування протягом 2-4 тижнів, так і амбулаторно протягом 3 місяців і більше. Лікування складалося з психосвітних і психотерапевтичних заходів (бесіда, лекція, аутотренінг), а також психофармакотерапію (транквілізатори, антидепресанти, атипіві нейрорепетики).

Дослідження показали, що через 3 і 6 місяців від початку терапії найкраща динаміка ($p < 0,01$) виявилась у відновленні порушень сну (редукція на 85,5 і 97,2% відповідно), зниженні ознак тривоги (на 56,3 і 94,4%), вираженості депресивної симптоматики (на 50,6 і 82,7%) і зменшенні проявів астеничного симптомокомплексу (слабкості — на 51,2 і 82,9%, втомленості — на 38,2 і 63,2%). Меншою мірою на цей час були виражені зміни проявів іпохондричних тенденцій (на 21,8 і 40%), які значно покращились лише через 9-12 місяців спостереження (редукція на 72,7%).

Висновки. Комплексний підхід при лікуванні хворих на коксартроз сприяє регресу виявлених психічних порушень, покращує психоемоційний стан пацієнтів, призводить до більш якісної реабілітації і соціальної адаптації. Було визначено принципи, які дозволили об'єктивно застосовувати психотерапевтичні методи в клініці внутрішніх хвороб: вплив на невротичний або функціонально-динамічний компонент соматичного захворювання; на психічний компонент комплексу етіологічних факторів; на особистість хворого з метою зміни реакції на хворобу для корекції масштабу переживань хвороби та поліпшення функціонування в нових умовах соматичного захворювання.

УДК 616.89.02 613.86.70

Стрельникова И.Н.

Харьковский национальный медицинский университет

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Эпилепсия является сложным мультимодальным заболеванием, течение которого сопряжено с возникновением и развитием ряда патологических состояний, в частности коморбидности.

Депрессия представляет собой наиболее распространенное коморбидное эпилепсии психическое расстройство. В последние годы установлено, что зависимость эпилепсии и депрессии взаимна, то есть, с одной стороны, течение эпилепсии нередко осложняется развитием депрессии, а с другой — наличие депрессии повышает риск развития эпилепсии. Это подтверждают общие механизмы развития данных заболеваний

Нами было обследовано 64 женщины больных эпилепсией в возрасте 18-37 лет. Из них у 67,3% наблюдались фокальные припадки с локализацией очага в височной или лобной области и 32,7% с генерализованными припадками. У обследованных больных в клинической картине наряду с проявлением основного заболевания зарегистрированы клинически значимые проявления аффективной симптоматики, которые имели психогенное происхождение. Психогенные аффективные расстройства возникали как реакция на впервые установленный диагноз эпилепсия (33,1+4,2%), на осознание ограничений, накладываемых заболеванием (57,8+6,2%), как результат пред-

взятого отношения социального окружения к больному эпилепсией (49,7+7,3%). В структуре психогенно обусловленных аффективных расстройств депрессия зарегистрирована в 54,7% случаев. В структуре депрессии преобладали тревожные, тоскливые, ипохондрические и адинамические проявления. Тревожные депрессии диагностированы в 43,1% случаев и характеризовались немотивированным беспокойством, опасениями, страхом, тревогой. Тоскливые депрессии выявлены в 27,3% случаев, они сопровождались выраженным снижением настроения, раздражительностью с преобладанием тоскливого аффекта. Ипохондрические депрессии отмечались в 20,5% случаев, в клинической картине преобладали ипохондрически окрашенные фобии, сенестопатии с интракраниальной локализацией. Адинамические депрессии возникали у 9,1% больных и протекали на фоне снижения активности, у больных возникали трудности в выполнении несложных функций в процессе самообслуживания, эти пациентки много времени проводили в пределах постели. В процессе работы с данным контингентом больных клинически значимых результатов удалось добиться, используя комплекс рациональной, семейной психотерапии, а также проводя обучение овладения приемами аутогенной тренировки в сочетании с адекватно подобранной фармакотерапией.

УДК 616.89-008.442

Субаева К.Р., Брагин Р.Б.

Харьковский национальный медицинский университет

Харьковская медицинская академия последипломного образования

РОЛЬ ЛИЧНОСТНОГО И ПСИХОГЕННОГО ФАКТОРОВ В ВОЗНИКНОВЕНИИ АФФЕКТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У МОЛОДЫХ ОСУЖДЕННЫХ В ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ РАЗЛИЧНОГО ТИПА

Нарушения адаптации возникают во взаимодействии психогенного (дистресс) и личностного факторов. В условиях исправительных колоний (ИК) таковыми являются — пенитенциарный стресс и особенности личности осужденного.

Обследовано 556 правонарушителей в возрасте 18-28 лет, находившихся в ИК различного типа содержания, на предмет выявления аффективных нарушений адаптации (АНА), установления частоты их встречаемости, выделения психопатологических вариантов и определения преобладающей роли в их возникновении факторов личностной или же реактивной (пенитенциарно-психогенной) тревоги. Исследование проводилось с использованием скринингового, анамнестического, патопсихологического и клинко-психопатологического методов.

Среди общего числа обследованных выявленные случаи АНА составили 51,99%. По отношению к числу обследованных в каждой из ИК, показатели оказались следующими: колония среднего уровня безопаснос-

ти (КСУБ) — 32,59%, колония минимального уровня безопасности с общими условиями содержания (КОбщУС) — 62,35%, колония минимального уровня безопасности с облегченным уровнем содержания (КОблУС) — 68,07%.

Установлено, что в 24,04% случаев преобладающая роль в возникновении АНА принадлежала высокому уровню тревожности пенитенциарного происхождения, а в 75,95% — личностной тревоге (по отношению к общему количеству случаев). Соотношение численности случаев АНА с реактивной (психогенно-пенитенциарной) тревожностью и случаев с личностной тревожностью существенно отличалось в различных ИК: КСУБ 1:2,04, КОбщУС 1:3,39, КОблУС 1:4,14 (при общем соотношении 1:3,16).

Ориентируясь на осевую аффективную симптоматику, выделены 3 психопатологических варианта АНА: тревожный (39,02% от общего количества АНА), тревожно-депрессивный (53,67%) и депрессивный (7,32%).

Тревожний варіант значительно чаще виявлявся у лиц с тревожной акцентуацией — 31,70% (по отношению к общему количеству АНА), чем при преобладании тревожности психогенного происхождения — 7,32%. При тревожно-депрессивном варианте большая часть случаев также возникала у осужденных при преобладающем влиянии тревожно-личностного фактора, чем психогенно-ситуационного (38,68% случаев против 14,98%). Собственно депрессивный вариант выявлялся в относительно небольшом числе случаев в КОБЛУС, единично — в КСУБ и не установлен — в КОБЛУС. В возникновении АНА преобладали случаи с ведущей ролью личностных особенностей осужденных (тревожная акцентуация) над количеством случаев с превосходящей значимостью пенитенциарно-

психогенной тревоги (5,57% случаев против 1,74%).

Таким образом, возникновение аффективных нарушений адаптации у молодых осужденных в значительно большем количестве случаев связано с фактором личностных особенностей, чем с особенностями социальной изоляции, что демонстрируют результаты как общего анализа материала, так и выделенных психопатологических вариантов. Установлено, что в исправительных колониях с различным типом содержания правонарушителей характеристики и показатели аффективных расстройств адаптации существенно отличаются. Полученные данные важны для системного выявления личностных расстройств адаптации, их коррекции и профилактики в исправительных учреждениях различного типа.

УДК 616.831-08:616.85-039:612.014.447

Сухоруков В.І., Привалова Н.М., Сербіненко І.А., Лавинська Л.І.
ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології АМН України», м. Харків

СТРУКТУРА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ХВОРИХ З ЕНЦЕФАЛОПАТІЯМИ РІЗНОГО ГЕНЕЗУ

Емоційні розлади, які зумовлюють погіршення якості життя, соціальної адаптації у хворих з енцефалопатіями, потребують чіткої патогенетичної характеристики в структурі клінічних синдромів з метою цілеспрямованої терапевтичної корекції. Метою нашої роботи було вивчення порушень всіх типів емоційних проявів: емоційного фону (стану), емоційного реагування та емоційної оцінки зовнішньої та внутрішньої інформації у хворих з енцефалопатіями. Об'єктом дослідження були 55 хворих віком від 25 до 68 років з різними клінічними симптомокомплексами: сенсо-моторною недостатністю, вестибуло-атактичними порушеннями, різними варіантами пароксизмів, екстрапірамідними дисфункціями, проявами лікворно-венозної дисциркуляції. Клінічний синдромокомплекс в кожному конкретному випадку включав симптоматику випадіння (дефіциту) тих або інших церебральних функцій, ірітативного процесу або різні варіанти поєднання цих проявів. Емоційні розлади формувалися в структурі патогенезу основного захворювання та відповідали категорії F.06 за МКБ-10. Для реалізації завдань дослідження був використаний комплекс нейропсихологічних проб, а також метод Розенцвейга, опитники SCL-90 та Бека. В залежності від особливостей нейропсихологічного синдрому всі хворі були поділені на 2 групи. У хворих 1 групи (29 осіб) виявлялися значні порушення програмування та регулювання психічних процесів у вигляді проявів імпульсивності або інертності, розладів активної орієнтовно-дослідницької діяльності, що може свідчити про наявність значних порушень функцій чолових відділів кори головного мозку. У хворих 2 групи (26 осіб) порушення довільної регуляції були визначені тільки в ланці контролю за виконанням діяльності. Емоційні розлади у пацієнтів 1 групи включали меншу, ніж у інших хворих, виразність проявів тривоги, депресії (з акцентом на її соматичні компоненти), але з суттєвим впливом емоційних станів на перебіг когнітивних процесів, на оцінку як явищ оточую-

ючої дійсності, так і власних проявів. У цих хворих відсутня цілісна уява про хворобу, активні скарги обмежені із-за дефіциту у сфері вербалізації і категоризації симптомів, оцінка власного стану є суттєво завищеною, що свідчить про порушення внутрішньої картини хвороби (інколи до ступеня анозогнозії). Адекватне відношення до ситуації дослідження відсутнє, хворі є недостатньо критичними, нездатними до адекватної реакції на помилки.

Зниження здатності до адекватної кваліфікації емоційних стимулів за знаком та інтенсивністю свідчить про зниження чутливості до емоційної інформації. У хворих 2 групи визначалася більша виразність проявів тривоги, депресії (з акцентом на когнітивно-афективні компоненти), але у них спостерігалися і компенсаторні реакції: посилення контролю за власними проявами у міжособистісних стосунках, прийняттям рішень. Аналіз особливостей емоційного реагування показав, що у хворих обох груп спостерігається більша, ніж у нормі, кількість реакцій емоційної фіксації на перешкоді, гетероагресії (причому в умовах зростання емоційної напруги число неадаптивних реакцій зростає), а кількість спроб самостійно вирішити проблему або позитивно переосмислити фруструючу ситуацію є незначною (при цьому ці зрілі форми поведінки спостерігалися тільки у пацієнтів 2 групи). Таким чином, емоційні порушення у вигляді розладів фонових станів при збереженості процесів оцінювання зовнішньої та внутрішньої інформації та відносної контрольованості поведінки визначаються у хворих на енцефалопатії зі збереженими процесами довільної регуляції психічної діяльності. У хворих зі значним дефектом довільної регуляції домінуючими є розлади емоційного реагування і оцінювання явищ оточуючої дійсності та власних проявів на тлі менш виразних порушень фонових емоційних станів, що пов'язано в значній мірі з втягненням в патологічний процес чолових відділів кори головного мозку.

УДК 616-089-83.24-616-07

Табачников С.І.¹, Риткіс І.С.¹, Васильєва Г.Ю.², Гуркова О.В.¹¹УкрНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ, ²ДонНМУ ім. М. Горького, м. Донецьк**ІНТЕГРАТИВНІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ ПІДХОДИ У КОРЕКЦІЇ ТЮТЮНОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ
СЕРЕД ОСІБ МОЛОДОГО ВІКУ**

Тютюнопаління та тютюнова залежність набули останнім часом в Україні характер глобальної епідемії — до паління щорічно залучаються понад 500 тисяч молодих осіб. Поряд із питаннями превенції паління, особливо актуальними виглядають питання психокорекційної підтримки відмови від куріння, тому що саме у молодому віці тютюнопаління найчастіше стає дебютною формою аддиктивної поведінки.

Сучасний етап в використанні психотерапевтичних методів корекції у наркології характеризується тенденцією до створення інтегративних підходів — поєднання едукативних та поведінкових прийомів з тренінгом проблемно-вирішальної поведінки. Поведінкова терапія включає «самоуправління», при якому курець навчається «самоконтролю» та «контролю за стимулами» — виключення стимулів навколишнього середовища, які спонукають до паління впродовж дня — бажання палити зранку після пробудження, під час прийому кави або чаю, прибуття на навчання, перерви у заняттях, після навчання та інш.). Ефективними є релаксаційні вправи (м'язове розслаблення та психічна релаксація) у поєднанні з методикою «звільнення дихання» і паралельним самонавіюванням позитивних емоцій, якщо пацієнт використовує паління з метою розслаблення і відпочинку. У випадку, коли паління використовується в якості стимулюючого засобу, показані тонізуючі вправи ауто-тренінгу. У деяких курців релаксаційні і стимулюючі методики можна послідовно поєднувати.

Існує досить велика група курців, для якої найприйнятнішою в палінні здається не сама дія нікотину на психіку, а ті маніпуляції, якими акт паління супроводжується: маніпулювання з сигаретними пачками, сірниками, запальничками і іншою курильною атрибутикою. В першу чергу, це молоді люди без фізіологічної залежності від нікотину. В даному випадку потрібно

замінити маніпулювання курильним приладдям на маніпулювання іншими предметами, що не мають відношення до паління.

Когнітивна терапія ніотинової залежності включає: а) детальний аналіз думок, почуттів і поведінки курця; б) аналіз мотивації відмови від паління і зміни цієї мотивації; в) укладення терапевтичного договору з розподілом відповідальності між терапевтом і пацієнтом; г) ведення щоденника думок, почуттів і поведінки, а також стимулів і способів подолання «тяги»; д) реструктурування способу життя і придбання нових занять. Крім того, важливим компонентом когнітивно-поведінкової психотерапії є посібники з самодопомоги у вигляді брошур та буклетів, аудіо- і відеокaset, а також комп'ютерних програм і он-лайн інтернет-консультування.

Своєрідний прийом психотерапії тютюнової залежності, названий автором «парадоксальною стратегією», запропонував С. М. Сенченко. Починаючи з третьо-четвертого сеансу психотерапії на тлі дискомфорту, викликаного частковим припиненням паління, лікар починає відмовляти хворого від боротьби з палінням і пропонує відмовитися від подальших зусиль. Очевидно, що такий прийом придатний для роботи лише з деякими курцями, а саме з тими, в характері яких простежуються риси ригідності, завзятості, наполегливості. Парадоксальна рада лікаря збуджує в людях такого типу внутрішню властивий їм дух протиріччя, що веде до формування твердої установки на переривання паління.

У тих випадках, коли у курця сформувалася досить виражена фізіологічна залежність від нікотину, можливе призначення власне замісної терапії у вигляді тих, що містять нікотин препаратів. Дозування препаратів підбираються індивідуально залежно від стажу паління та ступеню тяжкості ніотинової залежності.

УДК 616.314 — 089.818:615.884.4

Таравнех Ш.Д.Харківська медична академія післядипломної освіти
Харківський національний медичний університет**ПАТОПСИХОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ФЛЕГМОНИ
ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ДІЛЯНКИ**

Мета дослідження: комплексне вивчення патопсихологічних особливостей хворих на флегмони щелепно-лицевої ділянки і розробка принципів їхньої корекції.

Матеріали та методи: З дотриманням принципів біоетики і деонтології на базі Харківського міського центру щелепно-лицевої та реконструктивної хірургії Харківської міської клінічної лікарні швидкої та не-

відкладної медичної допомоги ім. проф. А.І.Мещанінова було проведено комплексне обстеження 150 хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лицевої ділянки обох статей, у віці 18 — 55 років.

Результати та обговорення: Згідно з даними психодіагностичного та клініко-психопатологічного дослідження у обстежених хворих найбільш часто спостерігаються пригніченість настрою та афект туги, три-

вожні прояви, астеничні симптоми, дратівливість, гіперестезія, почуття внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися.

На основі даних клініко-психопатологічного дослідження були виділені такі варіанти емоційних розладів: тривожно-депресивний (44,2±3,4%), неврастенічний (38,9±3,4%) та астено-апатичний (16,9%±2,1).

Психодіагностичне дослідження показало високі рівні ситуативної та особистісної тривожності за методикою Спілбергера у обстежених хворих (43,89±1,88 та 49,19±1,30 відповідно), вищі середні рівні виразності астеничного стану за шкалою Л.М.Малкової і Т.Г.Чертової (54,12±1,98), нервово-психічної напруги за шкалою Т.А.Немчіна (48,38±1,79) та гіпотимії за шкалою Цунга (50,30±1,66).

Найпоширенішими відхиленнями за зазначеними психодіагностичними шкалами, характерними для хворих з анте-апатичним синдромом були відхилення за шкалою астеничного стану (63,6±28,4%) і шкалою особистісної тривожності (54,5±29,4%). Обстежені з неврастенічним синдромом характеризувалися високими рівнями астенії (52,3±12,1%) та особистісної тривожності (67,7±11,4%). Хворі із тривожно-депресивним синдромом мали високу частоту відхилень за всіма перерахованими вище шкалами. Зокрема, за шкалами ситуативної та особистісної тривожності перевищення нормативних значень відзначало-

ся у 53,6±18,5% та 82,1±14,2% обстежених, за шкалою астеничного стану — у 71,4±16,7%, за шкалою гіпотимії Цунга — у 67,9±17,3% та за шкалою нервово-психічної напруги — у 42,9±18,3% обстежених.

Результати психологічного дослідження за методикою СБОО показали, що хворі на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки мають у середньому більш високі усереднені показники за всіма шкалами СБОО, але не перевищують нормативні. Найбільшим числом відхилень від нормативних величин характеризувалися хворі із тривожно-депресивним синдромом — 42,9±18,3% обстежених мали парадоксально високі значення за шкалою «гіпоманії», 32,1±17,3% — за шкалою «ригідності афекту», 25,0±16,0% — за шкалами «імпульсивності» та «витиснення тривоги».

Для неврастенічного синдрому найбільш характерними були відхилення за шкалами «гіпоманії» та «витиснення тривоги», які спостерігалися з однаковою частотою — 24,6±10,5%. Серед хворих з астено-апатичним синдромом, 52,9±23,7% мали піки за шкалою «гіпоманії», «соматизації тривоги» та «психастенії», які спостерігалися з однаковою частотою (36,4±28,4%).

Отримані у ході роботи дані визначають основні напрямки психологічної корекції патопсихологічних особливостей хворих на запальні захворювання м'яких тканин щелепно-лищевої ділянки.

УДК 616.89

**Титиевский С.В., Бабюк И.А., Найдено С.И., Черепков В.Н.,
Побережная Н.В., Гашкова Л.А.**

Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СУПЕРВИЗИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Супервизия является одним из важнейших аспектов обучения когнитивно-поведенческой терапии. В когнитивной терапии супервизионная сессия отражает дизайн типичной терапевтической сессии (Newman, 1998) и поэтому включает в себя такие ключевые элементы, как определение повестки дня, мост к предыдущей супервизионной сессии, использование кратких резюме и обратной связи от супервизируемого (Liese and Beck, 1997). Структурированные при проводимой таким образом супервизии модели навыков психотерапевты используют в своей последующей работе с пациентами во время сессий. Применение данного формата супервизии особенно способствует наилучшему распределению времени при проведении супервизии в группе. Супервизор и психотерапевты в начале сессии вместе решают, какие пациенты должны быть обсуждены, и какой вопрос супервизии является ключевым. Мост между данной и предыдущей сессиями напоминает участникам существующий контекст и способствует преемственности руководства случаем. Ещё одним важным структурным элементом является использование резюме и обратной связи. Терапевтов перед уходом всегда просят изложить то, что они извлекли из данной встречи и то, как они это будут применять в своей последующей сес-

сии, проводимой с пациентом. Так же, как при проведении терапии, упомянутая обучающая структура обладает известной гибкостью, позволяющей супервизору и психотерапевтам выбирать другие пути и, при необходимости, пересматривать повестку дня.

Курсант-психотерапевт должен чётко представлять, что берёт на себя ответственность за собственный обучающий опыт. В начале супервизионных отношений супервизор спрашивает курсантов об их предыдущем опыте в области когнитивной терапии и психотерапии в целом, а также призывает подумать о сильных и слабых сторонах их навыков в области когнитивной терапии. Это помогает определить некоторые конкретные цели обучения. Padesky (1997) предполагает, что сессия может быть направлена на приобретение навыков, концептуализацию случая, исследование отношений клиент-терапевт, реакций терапевта и супервизионных процессов. Затем психотерапевтов просят обсудить намеченные цели при передаче для супервизии конкретного случая, т.е., определить, содержится ли в нём материал, имеющий отношение к навыку, который они стремятся развить. От психотерапевтов ожидается подготовка к супервизии, заключающаяся в прослушивании аудиозаписи их терапевтической сессии и в выборе 10-минутного сег-

мента, который иллюстрирует их супервизионный вопрос. Начинающие часто формулируют свой вопрос так: «Что мне делать дальше?» Однако, с течением времени и по мере приобретения практики они обучаются придавать задаваемым ими вопросам более точный и целенаправленный характер, например: «Как мне разработать поведенческий эксперимент, чтобы помочь данной пациентке проверить свой страх социальных ситуаций?»

Для достижения целей супервизии существует группа методов, включающая обсуждение случая, видеозапись, аудиозапись, непосредственное наблюдение и ролевые игры. Обсуждение случая, предусматривает, в частности, рассмотрение истории и раннего опыта пациента, задач, которые он ставит перед собой, а также возникающих у него мыслей и убеждений. Когнитивные терапевты обычно проводят аудиои видеозапись своих сессий. Прослушивание такой записи имеет большое значение для выявления дефицита навыков и наблюдения за проблемами в терапевтических отношениях. Оно может помочь супервизору определить области, где супервизируемый испытывает потребность в практической отработке навыков. После этого становится возможным проведение ролевых игр. Супервизор может начать с демонстра-

ции того, как использовать данную технику, предложив супервизируемому роль пациента. Затем психотерапевт может применять эту технику, предоставив супервизору или другому курсанту роль пациента.

Супервизор использует направляемое исследование, а также прямые советы, чтобы помочь психотерапевту понимать и создавать стратегии. Супервизионные отношения, как и сама терапия, основаны на сотрудничестве, и поэтому предусматривают открытое обсуждение того, какой из подходов, по мнению врача-курсанта, будет действенным при работе с пациентом, какой подход наиболее приемлем.

В заключение, следует отметить, что супервизия когнитивно-поведенческой терапии напоминает такую при психодинамической психотерапии (интерес к концептуализации случаев, предположение, что терапевты будут брать на себя личную ответственность за свою работу, внимание к терапевтическим отношениям и фокус на убеждениях терапевтов). Основные отличия заключаются в стиле и формате терапии. Супервизионные сессии когнитивно-поведенческой терапии структурированы, фокусированы и предусматривают использование ряда методов, которые обычно не применяются при супервизии психодинамической терапии (прослушивание записей сессий и ролевые игры).

УДК 616.89

**Титиевский С.В., Бабюк И.А., Найдено С.И., Черепков В.Н.,
Побережная Н.В., Табачников А.Е., Рымарь И.Б.**

Кафедра психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологики Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького

СУПЕРВИЗИЯ КАК ЭТАП ОБУЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-КУРСАНТОВ ГРУППОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Самостоятельная работа под наблюдением супервизора может рассматриваться как завершающий этап подготовки группового психотерапевта (Александров А.А. и соавт., 1990).

В самом начале супервизии должен создаваться супервизионный альянс как особые отношения между супервизором и врачом-курсантом. Целями супервизионного альянса являются преодоление препятствий на пути обучения, обеспечение неосуждающей обратной связи и оценивания, а также изучение тревоги супервизируемого как препятствия для обучения. Супервизор, при этом, не исследует тревогу как следствие личной истории конфликтов курсанта.

Часто бывает полезным начать с изложения истории психотерапевтического образования обучаемого, уделяя особое внимание знанию супервизируемым психотерапии, его личному опыту в этой области, предшествующему опыту супервизии. Далее выясняется мнение супервизируемого о том, что должно произойти при обучении, что он предполагает почерпнуть из него, что нужно сделать для эффективности данного процесса. Затем супервизор подчеркивает своё ожидание от курсанта представления истории развития с подробным изложением ранних взаимоотношений пациента с наиболее значимыми для него фигурами. Это особенно важно, поскольку часто отмечается тенденция курсантов быстро «расправиться» с историей развития или личным повествованием паци-

ента, которые принципиально значимы для построения плана психотерапевтического лечения.

Полезным для психотерапевта является использование записей процесса общения с больными, которые являются текущими или реконструированными комментариями, сделанными на протяжении всей сессии. Одним из способов воздействия на упущения и искажения супервизируемых является аудио- и видеозапись сессий. Для супервизора важно иметь неотредактированную информацию о том, как супервизируемый работает с пациентами.

Супервизор периодически наблюдает группу, которую ведёт врач-курсант. Время такого посещения может варьировать от получаса до полутора часов. При этом, однако, нужно учитывать, что присутствие руководителя может подорвать доверие пациентов к «младшему» психотерапевту.

Концентрация внимания на представляемом пациенте является необходимой, но недостаточной предпосылкой развития компетентности группового психотерапевта. Такое внимание ограничивает супервизионный диалог, который должен включать в себя обсуждение чувств, идей и образов психотерапевта, порождающих терапевтическую активность либо препятствующих ей. Подобные дискуссии начинаются тогда, когда либо супервизор, либо врачи-курсанты осознают, что супервизируемый не отреагировал на имеющуюся информацию терапевтически уместными

вопросом, конфронтацией, интерпретацией или эмпатическим вмешательством. Цель дискуссии заключается в оказании помощи супервизируемому, хранящему в себе неприятный опыт, не уменьшать собственную осведомленность о нём. Супервизор и врач-курсант, при этом, должны сделать совместный обзор потенциальных препятствий в отношениях терапевт-пациент. Групповой психотерапевт учится в своей работе «приспосабливаться» на основе самопознания того, что затрудняет либо повышает его терапевтическую активность. Иногда оказывается полезен юмор, однако юмор супервизора по отношению к себе, предпочтительнее любого намёка на то, что супервизор смеётся над проблемами курсанта.

Супервизор обладает большим разнообразием доступных ему вмешательств, начиная от активного слушания и разъяснения до ролевых игр для интерпретации «параллельного процесса». Активное слушание супервизором предполагает одновременное восприятие и упорядочение информации об обсуждаемом пациенте и о супервизируемом. Важное место, особенно на раннем этапе супервизии, занимает дидактическое инструктирование, предусматривающее рассмотрение диагностических критериев и того, как диагноз соотносится с психотерапевтическими стратегиями. Такое инструктирование помогает титровать тревогу супервизируемого, создавая тем самым основу альянса. Супервизоры должны проводить консультирование на ранних этапах работы, а также всякий раз, когда возникает проблема, связанная с безопасностью пациентов. Творческому обучению супервизируемого может способствовать также сократический диалог. Прояснения и конфронтации являются началом смещения акцента в отношениях супервизор-супервизируемый. Прояснение подразумевает резюмирование совпадений в сообщениях супервизируемого о случае или случаях либо уточнение данных относительно относящихся ко взаимодействию с

пациентом чувств супервизируемого, о которых он не рассказад. Конфронтациями выделяются выраженные в комментариях супервизируемого несоответствия. Они являются важным шагом к пониманию и сдерживанию супервизируемым аффектов в отношениях пациент-терапевт. В то же время, переход от фокуса на пациенте к фокусу на супервизируемом неизбежно увеличивает напряженность в супервизионных отношениях. Супервизионные интерпретации включают интерпретации чувств, психодинамических факторов, мотиваций и защит. Следует помнить, что интерпретация защит обычно увеличивает тревогу супервизируемого, и её лучше использовать после создания работоспособного образовательного альянса. Частным видом интерпретативной деятельности при супервизии является интерпретация «параллельного процесса», когда конфликт пациента воспроизводится супервизируемым в супервизионных отношениях (Ekstein and Wallerstein, 1958). Интерпретации являются наиболее рискованной формой вмешательств и могут стать своего рода «созданием пациента» из супервизируемого. Тем не менее, интерпретация параллельного процесса часто помогает привнести нечто важное в супервизионную дискуссию. Способность делать подобные интерпретации считается маркером уровня развития компетентности супервизоров (Rodenhauser, 1994). Супервизор и супервизируемые могут принять участие как пациенты или терапевт в ролевой игре, если предоставлена адекватная информация о больных. Супервизируемый часто достигает нового уровня эмпатической оценки пациента, играя его роль. Кроме того, ролевая игра предоставляет возможность наблюдать *in vivo* моделирование со стороны супервизора. Разыгрывая роль психотерапевта, супервизор часто даёт новую информацию о проблемах, которые пациенты демонстрируют в процессе групповой психотерапии, в то время как супервизируемый представляет эти проблемы.

УДК 616.89

Ткаченко Е.А.

ОКПНБ — медико-психологический центр, г. Донецк

ПРИБЛИЖЕНИЕ ВЫСОКОКВАЛИФИЦИРОВАННОЙ ПСИХОЛОГО-ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ К НАСЕЛЕНИЮ

Психофизическое здоровье населения одна из острых проблем современности.

Заболеваемость невротическими расстройствами (по данным статистики) возросла в последние пол столетия более чем в 25 раз.

Пациенты страдающие соматоформными психическими расстройствами, расстройствами настроения, тревожными расстройствами часто предъявляют жалобы соматического характера и естественно в первую очередь обращаются в общесоматические медицинские учреждения.

Число таких пациентов, которые должны получать высоко специализированную психолого - психотерапевтическую помощь в медико - психологических центрах составляет 25-34% .

В условиях реформы здравоохранения основная нагрузка в диагностике и направлении пациента на лечение согласно профиля ложится на врача общей практики - семейной медицины в ЦПМСП (Центр первичной медико-санитарной помощи).

В приведенной схеме структуры о взаимодействии ОКПНБ-МПЦ (далее Центр) города Донецка важная роль отводится взаимодействию структурных подразделений Центра с ЦПМСП и учреждениями здравоохранения вторичной (специализированной) медицинской помощи.

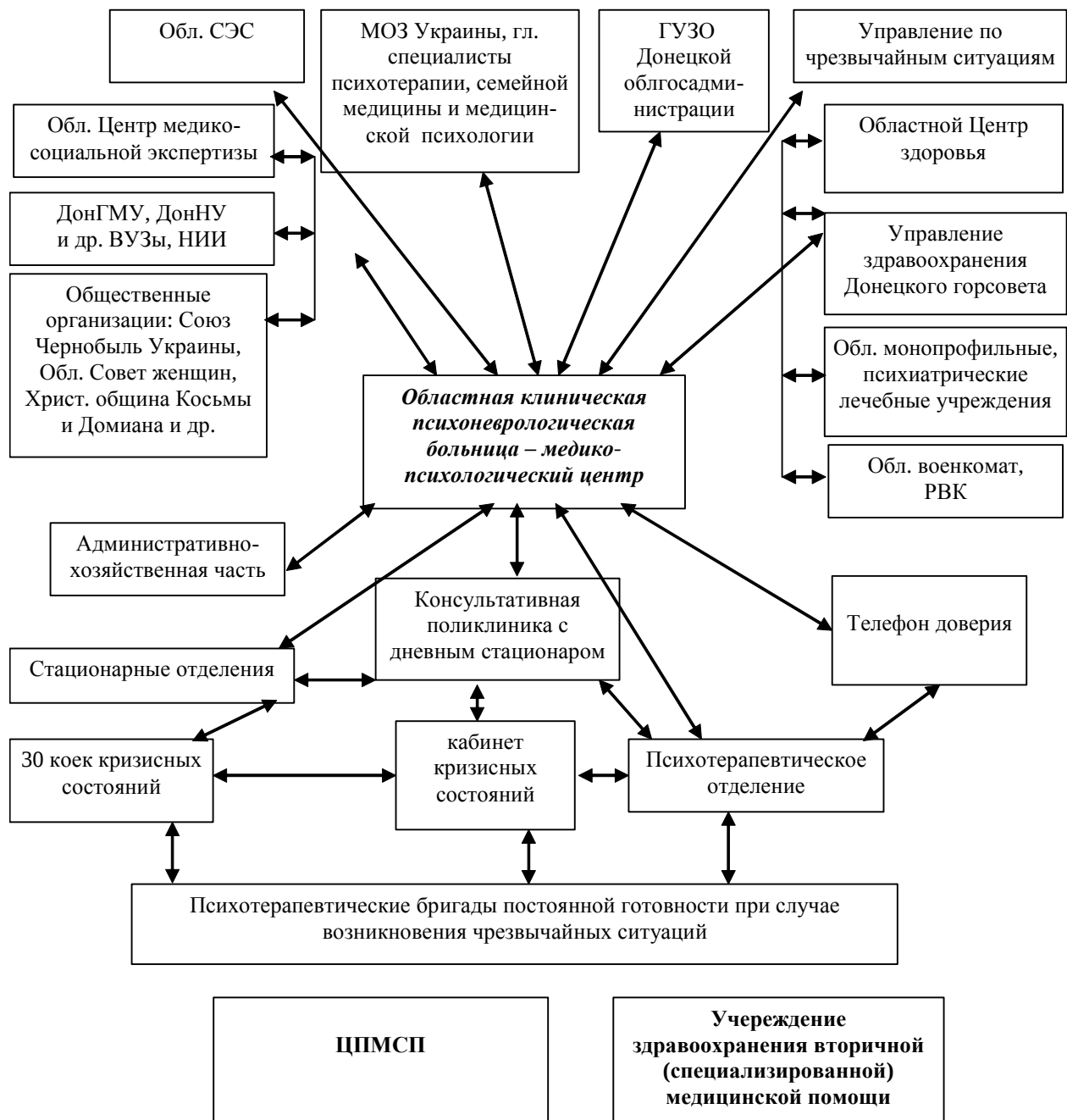
Решением Областного совета по вопросам семьи, гендерного равенства, демографического развития и противодействия торговле людьми принято решение об открытии психотерапевтических кабинетов в уч-

реждениях вторичного уровня оказания медицинской помощи.

Тесное взаимодействие лечебных учреждений первичного, вторичного и третичного (высокоспециализированного) уровня оказания медицинской помощи создаст условия для оказания эффективной и приближенной к населению квалифицированной психолого-психотерапевтической помощи и предполагает со-

кращение расходов на лишние достаточно затратные обследования и сокращение маршрута пациента от семейного врача до учреждения, где ему будет оказана адресная высоко квалифицированная психолого-психотерапевтическая помощь. Нами предлагается схема взаимодействия различных структур участвующих в этом процессе.

СХЕМА № 1. СТРУКТУРА ВЗАИМОДЕЙСТВИЙ ОКПНБ — МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА



УДК:616.89

Федак М. Б.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

ПСИХОКОРЕКЦІЙНІ ЗАХОДИ У ХВОРИХ НА ІШЕМІЧНУ ХВОРОБУ СЕРЦЯ

Протягом останніх десятиріч в світі і в Україні спостерігається поширення серцево-судинних захворювань, особливо ішемічної хвороби серця (ІХС). В чисельних роботах вказується на недостатню розробку медико-психологічного супроводу цього контингенту хворих.

Одним з нових напрямів є розробка новітніх програм медико-психологічного супроводу хворих на серцево-судинні і судинно-мозкові захворювання на різних етапах їх лікування і реабілітації.

Для вирішення цієї проблеми яка потребує наукового дослідження і впровадження нових організаційних форм реалізації нами було проведено дослідження 65 хворих на ІХС на різних рівнях надання медичної допомоги.

В результаті проведеного дослідження визначені структура і механізми формування несприятливих психічних розладів у хворих на ІХС. Ці розлади представлені симптомокомплексами невротичного регістру. Вивчені особистісні чинники та предиспозиційні фактори виникнення цих порушень. Відповідно до отриманих даних сформована програма психотерапевтичної корекції і медико-психологічної реабілітації хворих на ІХС з невротичними порушеннями психічної сфери.

Розроблена і впроваджена в Харківському регіоні організаційна модель психосоціальної реабілітації і медико-психологічного супроводу хворих на ІХС в умовах закладів швидкої і невідкладної допомоги, територіальних лікувально-профілактичних закладів і санаторно-курортних закладів, яка показала високу ефективність.

УДК:616.08.039

Федак Б. С.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

СИСТЕМА ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНИХ ГОСТРИХ СЕРЦЕВО-СУДИННИХ І СУДИННО-МОЗКОВИХ РОЗЛАДІВ

В теперішній час в Україні як і в світі цілому спостерігається зростання гострих захворювань не хірургічного профілю, які потребують ургентної допомоги. Перш за все це стосується таких захворювань, як ішемічна хвороба серця (ІХС), інфаркт міокарду (ІМ), гіпертонічна хвороба (ГХ), транзиторні ішемічні атаки (ТІА), тощо. Найбільш загрозливою є тенденція до хронічного перебігу захворювань з повторними госпіталізаціями. В вирішенні цієї проблеми є кілька ґрунтовних питань, які потребують наукової розробки і впровадження нових терапевтичних заходів і організаційних форм. Виходячи з цього, нами було проведено комплексне лонгitudінальне дослідження хворих на гострі соматичні стани протягом 2000-2010рр. Визначені

структура, динаміка і механізми формування розладів психічної сфери у хворих з гострими соматичними станами. Вивчені особистісні чинники та предиспозиційні фактори виникнення цих порушень. На підставі цього побудована модель психотерапевтичної корекції і медико-психологічного супроводу хворих з гострими соматичними станами. Впроваджена ступенева організаційна модель психосоціальної реабілітації та медико-психологічного супроводу цих хворих. Вона містить організаційні ланки в умовах закладів швидкої і невідкладної допомоги, територіальних лікувально-профілактичних закладів і реабілітаційних закладів. Впровадження цієї системи в Харківському регіоні показало досить високу її ефективність.

УДК 616:89-008.441.1-084

Харченко А. В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

ПРОФІЛАКТИКА ПОВТОРНОЇ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ГОСТРОМУ ПОСТСУЇЦИДАЛЬНОМУ ПЕРІОДІ

За середньо статистичними показниками, число незавершених суїцидальних спроб приблизно в 10 разів перевищують число завершених суїцидів. Так як більшість суїцидальних спроб первинні та суїциденти не перебувають на психіатричному обліку, первинну медичну допомоги вони отримують у загально соматичних лікарнях (найчастіше це реанімаційні відділен-

ня). Після проведення загально-реанімаційної допомоги, у більшості випадків хворі виписуються додому, відмовляючись від спеціалізованої допомоги у психіатричному стаціонарі, таким чином вони залишаються без невідкладної психотерапевтичної допомоги та психосоціальної реабілітації. Проблема є те, що кризовий стан психіки суїцидента у найближчому постсуї-

цидальному періоді (перший тиждень) є найбільш небезпечним для скоєння повторного суїциду (Юр'єва Л.М. *Кризисные состояния*, 2009). Тому, вкрай необхідно удосконалити надання психіатричної допомоги біля ліжка хворого в рамках реанімаційного відділення, а саме з акцентом на самоусвідомлення суїцидентом перенесеної психотравми, її причинності та наслідків, враховуючи ведучий психопатологічний симптом й особистісні особливості пацієнта. Що може бути використано для вторинної профілактики та корекції суїцидальної поведінки. в ранній постсуїцидальний період у хворих, які скоїли суїцидальну спробу та не перебувають на психіатричному обліку.

Суть корисної моделі полягає в поєднаному впливі проведення раціональної особистісно-орієнтованої та сімейної психотерапії, з урахуванням індивідуальної психотравмуючої ситуації суїцидента та його найближчого оточення, ведучого клініко-психопатологічного симптому та особистісних характеристик пацієнта, в ранній постсуїцидальний період в рамках реанімаційного відділення загально соматичної лікарні.

Спосіб здійснюється таким чином. Хворому, який скоїв незавершену суїцидальну спробу та знаходиться в умовах реанімаційного відділення загально соматичної лікарні та який відмовляється від обстеження та лікування у психіатричному стаціонарі, після підписання інформованої згоди, йому проводиться клініко-психопатологічне, анамнестичне, психодіагностичне об-

стеження. Після цього застосовується один сеанс особистісно-орієнтованої раціональної психотерапії, яка направлена на самоусвідомлення перенесеної психотравми, її причинності та наслідків, з урахуванням ведучого психопатологічного симптому й особистісних особливостей пацієнта. Наступним етапом проводиться сімейна раціональна психотерапія з найближчими родичами хворого, без його участі, направлена на сприйняття психотравмуючої ситуації, її причинності та наслідків. Після проведеного сеансу психокорекції, суїцидентам в індивідуальному порядку рекомендується спеціалізоване психіатричне амбулаторне чи стаціонарне обстеження та лікування.

Ефективність корисної моделі обумовлена комбінованим впливом особистісно-орієнтованої та сімейної психотерапії на раціоналізацію психотравмуючої ситуації, психосоціальної корекції, які є ключовими в формуванні психопатологічного симптому та суїцидальної поведінки.

Перевагою способу є його раннє та своєчасне втручання в кризовий стан суїцидента, надання невідкладної психотерапевтичної допомоги хворому, якомога найшвидшому самоусвідомленню перенесеної психотравми, що сприяє зниженню ризику повторного суїциду, та поверненню до соціального оточення та виконання своїх обов'язків. Спосіб дає змогу отримання комплаєнсу з пацієнтом та усвідомлення ним та його родичами необхідності подальшого амбулаторного лікування.

УДК 616.89

Шурма І.М.

Харківський національний медичний університет
Кафедра соціальної медицини, організації та економіки охорони здоров'я

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ РОЗЛАДІВ АДАПТАЦІЇ У ОСІБ З ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

В сучасних умовах в Україні професійна діяльність лікарів в тому числі на керівних посадах може бути причиною розвитку стрес-індукованої патології: синдрому хронічної втоми, синдрому професійного вигорання, синдрому залежності, тощо. При цьому недостатньо дослідженими є питання значущих чинників психологічного, особистісного, соціального походження, які призводять до формування дезадаптивних реакцій у керівників закладів охорони здоров'я. Все вищевикладене послужило обґрунтуванням нашого дослідження. Було проведено комплексне дослідження 200 лікарів, які займають керівні посади в закладах охорони здоров'я м. Харкова і Харківської області.

Дослідження включало обстеження із застосуван-

ням діагностичного інтерв'ю структурованого соціометричного опитувальника (модифікація опитувальника Л. І. Вассермана), і тестові методики: особистісної тривожності та реактивної тривоги Ч.Д. Спілбергера — Ю.Л. Ханіна, опитувальник якості життя (ЯЖ-100), шкалу депресії Цунга, дослідження акцентуації особистості за методикою Леонгарда — Шмішека, опитувальник Айзенка (EPI).

Була визначена клінічна структура проявів і динаміка формування дезадаптації обстежених у осіб. Досліджені основні соціальні, психологічні, особистісні чинники і патопсихологічні механізми їх формування. Розроблена система психологічної корекції станів дезадаптації і проведена її апробація.

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ПАЦІЄНТІВ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ОПЕРАЦІЇ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ, В ДО- ТА ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОМУ ПЕРІОДІ

Мета дослідження — вивчення психоемоційного статусу онкологічних пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання з накладенням стоми, в передопераційному та післяопераційному періодах, та етапності психоемоційних змін в аспекті обґрунтування та реалізації заходів медико-психологічної допомоги та психореабілітації для даного контингенту хворих під час перебування у стаціонарі.

Контингент та методи дослідження. Для досягнення поставленої мети на базі хірургічного відділення лікарні швидкої та невідкладної допомоги ім. проф. О. І. Мещанінова (м. Харків) протягом 2010 — 2011 років на основі інформованої згоди та з дотриманням принципів медичної етики та деонтології проведено клініко-діагностичне інтерв'ю та психодіагностичне обстеження 120 онкологічних пацієнтів, яким було проведена хірургічна операція з приводу основного захворювання з накладенням кишкової стоми. Дослідження актуального психоемоційного стану пацієнтів проводилося у передопераційному періоді, з подальшим ретестуванням та повторним інтерв'юванням на післяопераційному етапі. Методичний інструментарій дослідження складали методика діагностики самооцінки тривожності Ч.Д. Спілбергера - Ю.Л. Ханіна та методика диференційної діагностики депресивних станів Зунге.

Результати дослідження. Психоемоційний стан обстежених в цілому характеризувався високим рівнем психоемоційного напруження, що було пов'язано, по-перше, з тим, що наявність онкологічного захворювання сама по собі пов'язана з вітальними переживаннями (життєвоважливіми), по-друге, потреба у хірургічному лікуванні — власне операція, її наслідки, також викликали різноманітну гамму «неприємних та болісних» почуттів. Звістка про потребу у операції сприймалася хворими неоднозначно, особливо, коли повідомлялося про те, що наслідком буде формування стоми. Пацієнти, які асоціювали хірургічне втручання з «цілковитим» видужанням — це 48% обстежених, легко та швидко звужувалися на операцію, яка розглядалась ними як єдина надія на життя, у зв'язку з чим страх перед хірургічним втручанням відходив на задній план; у 34% хворих подібна звістка викликала появу сумнівів, однак у подальшому починали домінувати раціональні думки про необхідність операції, подібний стан добре коригувався в бесіді з лікуючим хірургом, 18% — переживали настільки інтенсивну емоційну реакцію у вигляді депресивних та тривожних симптомів, що потребували додатково консультації медичного психолога та залучення родини пацієнта до бесіди. У будь-якому випадку спостерігалось амбівалентне реагування особистості на операцію, рішення приймалося після певного періоду боротьби мотивів, що залежало від особистісних особливостей, особливостей сприйняття та повноти інформування хворого, наявності підтримки у родині.

В цілому сумніви щодо операції з накладенням стоми були пов'язані з наступними психологічними феноменами: а) «неприродності» наявності стоми, психологічним змістом чого є особистісна реакція на порушення «схеми тіла»; б) страхом бути неприєм-

ним для оточуючих (напр., запах калу); в) стома — видима ознака наявності хвороби, що констатує вже сформовані та невідворотні зміни; г) формування косметичного дефекту; д) обмеженнями та змінами життєвого стилю (фізичне навантаження, подорожі, сексуальні відносини та ін.); ж) занепокоєння з приводу догляду за стомою.

Таким чином, у передопераційному періоді на переживання, обумовлені діагностуванням онкологічної хвороби, додатково нашаровувалися переживання, асоційовані з майбутнім оперативним втручанням та його наслідками, а саме, формуванням стоми (рис. 1).



Рис. 1. Фактори, що впливають на психоемоційний стан онкологічного хворого у передопераційному періоді

Додатковими обтяжуючими факторами у формуванні патологічного психоемоційного стану хворих було середовище лікарні (лікарняний режим, незнайомі люди — пацієнти, медичний персонал), відокремлення від родини, нагромадження часто незрозумілої медичної інформації, іноді неточної (часто від сусідів по палаті).

Післяопераційний період був фізіологічно та психологічно важким часом для хворого, характеризувався поглибленням стану депресії, вираженість якої визначалася видом стоми, ступенем залежності від допомоги та догляду медичного персоналу. Деякі пацієнти детально описували перенесену операцію та страждання після неї (біль, стан виходу з наркозу) та були схильні перебільшувати все, що трапилося з ними. Це сприяло зростанню напруження та тривоги, формуванню негативної установки на життя після операції.

Таким чином, дослідження психоемоційного статусу онкологічних пацієнтів, яким проводилося оперативне втручання з накладенням стоми, в передопераційному та післяопераційному періодах, довело необхідність розробки та впровадження в клінічну практику системи їх медико-психологічної реабілітації, стратегічними цілями якої повинні бути: нормалізація психічного стану, повна психологічна адаптація до наявності стоми і її функціонування, відновлення працездатності до рівня, який передував операції, відновлення соціального та збереження родинного статусу та ін., що буде зроблено нами в подальшій роботі.

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК

ДЛЯ НОТАТОК