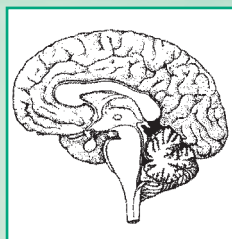


ISSN 2079-0325



Український ВІСНИК ПСИХОНЕВРОЛОГІЇ

Ukrains'kyi VISNYK PSYKHONEVROLOHII



- Том 25, випуск 4 (93), 2017
- Volume 25, issue 4 (93), 2017

Український Вісник Психоневрології UKRAINS'KYI VISNYK PSYKHONEVROLOGII

Засновник і видавець: ГРОМАДСЬКА ОРГАНІЗАЦІЯ «АСОЦІАЦІЯ НЕВРОЛОГІВ, ПСИХІАТРІВ І НАРКОЛОГІВ УКРАЇНИ»,
ДУ «ІНСТИТУТ НЕВРОЛОГІЇ, ПСИХІАТРІЇ ТА НАРКОЛОГІЇ НАЦІОНАЛЬНОЇ АКАДЕМІЇ МЕДИЧНИХ НАУК УКРАЇНИ»
Founder and publisher: PUBLIC ORGANIZATION "ASSOCIATION OF NEUROLOGISTS, PSYCHIATRISTS AND NARCOLOGISTS
OF UKRAINE", STATE INSTITUTION "INSTITUTE OF NEUROLOGY, PSYCHIATRY AND NARCOLOGY OF THE NATIONAL
ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES OF UKRAINE"

Головний редактор ВОЛОШИН П. В.

Chief Editor VOLOSHYN P. V.

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Аймедов К. В. (Одеса, УКРАЇНА),
Волошина Н. П. (м. Харків, УКРАЇНА),
Головченко Ю. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Григорова І. А. (м. Харків, УКРАЇНА),
Дзяк Л. А. (м. Дніпро, УКРАЇНА),
Зозуля І. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Карабан І. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Кожина Г. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Козьявкін В. І. (м. Львів, УКРАЇНА),
Лінський І. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Марута Н. О. (м. Харків, УКРАЇНА) (*заступник
головного редактора*),
Михайлов Б. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Мінко О. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Міщенко Т. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Напрєєнко О. К. (м. Київ, УКРАЇНА),
Підкоритов В. С. (м. Харків, УКРАЇНА),
Сухоруков В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Табачников С. І. (м. Київ, УКРАЇНА),
Танцура Л. М. (м. Харків, УКРАЇНА),
Чабан О. С. (м. Київ, УКРАЇНА),
Чугунов В. В. (Запоріжжя, УКРАЇНА),
Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, УКРАЇНА),
Явдак І. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
(*відповідальний секретар*).

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Берштейн Н. (м. Тель Авів, ІЗРАЇЛЬ),
Борисов В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Брайнін М. (м. Відень, АВСТРІЯ),
Головач К. М. (м. Київ, УКРАЇНА),
Дубенко А. Є. (м. Харків, УКРАЇНА),
Євтушенко С. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Зукер Р. (Енн Арбор, США),
Коростій В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Коновалова В. О. (м. Харків, УКРАЇНА),
Ліхачов С. О. (м. Мінськ, БІЛОРУСЬ),
Май М. (м. Неаполь, ІТАЛІЯ),
Мартинюк В. Ю. (м. Київ, УКРАЇНА),
Морозов П. В. (м. Москва, РОСІЯ),
Пашковський В. М. (м. Чернівці, УКРАЇНА),
Пшук Н. Г. (м. Вінниця, УКРАЇНА),
Ревенко О. А. (м. Київ, УКРАЇНА),
Реміняк В. І. (м. Харків, УКРАЇНА),
Сон А. С. (м. Одеса, УКРАЇНА),
Сосін І. К. (м. Харків, УКРАЇНА),
Хабрат Б. (Варшава, ПОЛЬЩА),
Христовулу Дж. (м. Афіни, ГРЕЦІЯ),
Шаповалов В. В. (м. Харків, УКРАЇНА),
Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, УКРАЇНА).

EDITORIAL STAFF:

Bitenskiy V. S. (Odesa, UKRAINE)
Aymedov C. V. (Odesa, UKRAINE)
Voloshyna N. P. (Kharkiv, UKRAINE)
Golovchenko Yu. I. (Kyiv, UKRAINE)
Grygorova I. A. (Kharkiv, UKRAINE)
Dziak L. A. (Dnipro, UKRAINE)
Zozulia I. S. (Kyiv, UKRAINE)
Karaban' I. M. (Kyiv, UKRAINE)
Kozhyna G. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Kozyavkin V. I. (Lviv, UKRAINE)
Linskiy I. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Maruta N. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*deputy
chief editor*)
Mykhailov B. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Minko O. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Mishchenko T. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Napryeyenko O. K. (Kyiv, UKRAINE)
Pidkorytov V. S. (Kharkiv, UKRAINE)
Sukhorukov V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tabachnikov S. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Tantsura L. M. (Kharkiv, UKRAINE)
Chaban O. S. (Kyiv, UKRAINE)
Chugunov V. V. (Zaporizhzhia, UKRAINE)
Shestopalova L. F. (Kharkiv, UKRAINE)
Yavdak I. O. (Kharkiv, UKRAINE) (*executive
secretary*).

EDITORIAL BOARD:

Berstein N. (Tel Aviv, ISRAEL)
Borysov V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Brainin M. (Vienna, AUSTRIA)
Golovach K. M. (Kyiv, UKRAINE)
Dubenko A. Ye. (Kharkiv, UKRAINE)
Yevtushenko S. K. (Kharkiv, UKRAINE)
Zucker R. (Ann Arbor, MI, USA)
Korostii V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Konovalova V. O. (Kharkiv, UKRAINE)
Lichachov S. A. (Minsk, BELARUS)
May M. (Naples, ITALY)
Martyniuk V. Yu. (Kyiv, UKRAINE)
Morozov P. V. (Moscow, RUSSIA)
Pashkovskiy V. M. (Chernivtsi, UKRAINE)
Pshuk N. G. (Vinnytsia, UKRAINE)
Revenko O. A. (Kyiv, UKRAINE)
Reminjak V. I. (Kharkiv, UKRAINE)
Son A. S. (Odesa, UKRAINE)
Sosin I. K. (Kharkov, UKRAINE)
Habrat B. (Warsaw, POLAND)
Christodoulou G. (Athens, GREECE)
Shapovalov V. V. (Kharkiv, UKRAINE)
Yurieva L. M. (Dnipro, UKRAINE).

*Рецензований науково-практичний
медичний журнал
Peer-reviewed scientific and practical
journal of medicine*

Заснований у вересні 1993 р.
Founded in September, 1993

Періодичність — щокварталу

The journal is published quarterly

Журнал внесений до переліку наукових фахових видань України, в яких можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук за галузями медичних (наказ МОН України від 06 березня 2015 р. № 261) та фармацевтичних (постанова ВАК України від 06 жовтня 2010 р. № 3-05/6) наук.

Журнал представлений у міжнародних базах даних: РИНЦ (Российский индекс научного цитирования); Ulrich's Periodicals Directory, Google Scholar.

The journal is presented in international periodicals, bibliographic and scientometric international databases, such as:

- RSCI (Russian Science Citation Index);
- Ulrich's Periodicals Directory;
- Google Scholar

**Том 25, випуск 4 (93)
Харків, 2017**



АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

вул. Академіка Павлова, 46, м. Харків, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
Національної академії медичних наук України».
Адреса сайту журналу: www.uvnpn.com

ADDRESS OF EDITORSHIP:

46, Academician Pavlov Str., Kharkiv, Ukraine, 61068,
SI "Institute of neurology, psychiatry and narcology
of the NAMS of Ukraine".

Web-site of the journal: www.uvnpn.com.ua

Свідectво про державну реєстрацію
КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р.
Certificate for state registration of print mass media
KV № 16345-4817PR, dated 10 Feb, 2010

Рекомендовано до друку Вченою Радою ДУ «Інститут
неврології, психіатрії та наркології НАМН України»
(протокол № 15 від 10.11.2017 р.)

Approved for publication by the Academic Council of SI "Institute
of neurology, psychiatry and narcology of the NAMS
of Ukraine" (protocol no. 15 dated 10 November, 2017)

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НЕВРОЛОГІЇ:

Волошина Н. П. (м. Харків, Україна), Головченко Ю. І. (м. Київ, Україна), Григорова І. А. (м. Харків, Україна), Дзяк Л. А. (м. Дніпро, Україна), Дубенко Є. Г. (м. Харків, Україна), Зозуля І. С. (м. Київ, Україна), Міщенко Т. С. (м. Харків, Україна), Сухоруков В. І. (м. Харків, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ ПСИХІАТРІЇ:

Кожина Г. М. (м. Харків, Україна), Коростій В. І. (м. Харків, Україна), Луценко О. Г. (м. Харків, Україна), Михайлов Б. В. (м. Харків, Україна),

Напрєєнко О. К. (м. Київ, Україна), Підкоритов В. С. (м. Харків, Україна), Чабан О. С. (м. Київ, Україна), Шестопалова Л. Ф. (м. Харків, Україна), Юр'єва Л. М. (м. Дніпро, Україна).

РЕЦЕНЗЕНТИ З ПИТАНЬ НАРКОЛОГІЇ:

Бітенський В. С. (м. Одеса, Україна), Ігнатів М. Ю. (м. Харків, Україна), Лінський І. В. (м. Харків, Україна), Мінко О. І. (м. Харків, Україна), Павлов В. О. (м. Дніпро, Україна), Сосін І. К. (м. Харків, Україна), Чугунов В. В. (Запоріжжя, Україна).

До уваги авторів

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

Під час підготовки робіт до друку треба 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 двох примірниках з офіційним направленням установи (1 примірник), експертним висновком (2 примірники) та електронною версією у текстовому редакторі Microsoft Word. Не треба 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 14, через 1,5 інтервали з полями: ліворуч — 3,5 см, праворуч — 1 см, зверху та знизу — по 2,5 см (28—30 рядків на сторінці, 60—70 знаків у рядку).

6. Викладення робіт повинно бути чітким, містити такі розділи: вступ (з обґрунтуванням актуальності), матеріал та методи дослідження, отримані результати, їх обговорення, висновки, перелік літературних джерел.

7. Тексту статті повинні передувати індекс УДК, українською, російською та англійською мовами: прізвище та ініціали авторів, назва статті, резюме та ключові слова. Обсяг резюме не повинен бути меншим, ніж 10 рядків, або 700—1000 знаків (відповідно до «Рекомендацій по підготовці анотації публікації», розміщених на сайті журналу). У тексті рукопису посилання на бібліографічний список наводяться в квадратних дужках і нумеруються в порядку їх згадування.

8. Перелік використаної літератури оформлюється відповідно до ДСТУ ГОСТ 7.1:2006 та ДСТУ 8302:2015 і повинен містити вітчизняні (українською або російською мовою) та іноземні джерела (англійською мовою або мовою оригіналу) за останні 10 років. Більш ранні публікації включаються до переліку тільки у разі потреби.

9. Після переліку літератури наводяться українською та англійською мовами відомості про авторів (прізвище, ім'я, по батькові, науковий ступінь, вчене звання, посада або професія, місце роботи) без скорочень, контактні телефони; e-mail.

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

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

12. Ілюстрації до роботи (рисунки, фотографії, графіки та діаграми) подаються у чорно-білому зображенні, з можливістю редагування. Фотографії мають бути контрастними (на фотопапері чи у цифровому форматі з роздільною здатністю не менш ніж 240 dpi), рисунки та графіки — чіткими, тонові рисунки — у форматі *.tif, 240—300 dpi, без компресії.

13. Полноформатні кольорові ілюстрації мають бути подані в електронній версії для комп'ютера типу IBM PC. Колірна модель — CMYK, 300 dpi. Векторна графіка — у форматі *.pdf. Текст (шрифти) і логотипи подавати тільки в кривих. Розмір ілюстрації — 205 x 295 мм, від цих меж має бути не менш ніж 10 мм до значимих об'єктів.

14. Текст статті та усі супровідні матеріали мають бути відредагованими та перевіреними. Стаття має бути підписаною усіма авторами.

15. Автори обов'язково заповнюють дві форми XML (українська/російська та англійська версії) та надсилають разом зі статтею (форми XML з прикладом заповнення наведені на офіційному сайті журналу www.uvnpn.com у рубриці «Авторам»).

16. Редакція залишає за собою право скорочення та направлення надісланих статей (відповідно до «Порядку розгляду публікацій» та «Порядку рецензування публікацій», розміщених на сайті журналу).

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

За зміст та оформлення статей (публікацій) відповідальність несе автор.

Статті надсилаються на адресу:

вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, Україна, 61068
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
редакція журналу «Український вісник психоневрології».

Офіційний сайт журналу: www.uvnpn.com.ua

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 16345-4817ПР від 10.02.2010 р. Формат 60x84/8. Ум. друк. арк. 10,695 + 0,93 вкл. Обл.-вид. арк. 12,84. Тираж 300 пр. Зам. №

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України», ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»,
Адреса редакції та видавця: вул. Ак. Павлова, 46, м. Харків, 61068, тел./факс: 738-32-25; e-mail: inpn@ukr.net; visnuk.pn@gmail.com

Надруковано з оригінал-макета, виготовленого ФО-П Строков Д. В., Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ХК № 247 від 19.11.2009 р.,

у ФОП Ожого-Масловський Г. В., вул. Чернишевська, буд. 13, оф. 508, м. Харків, 61057. Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 4975 від 31.07.2015 р.

ISSN 2079-0325

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМНІ СТАТТІ

- Марута Н. О., Малиута Л. В. (Харків)*
Клініко-психопатологічні особливості депресивних порушень у хворих на шизофренію..... 5

- Юрєва Л. Н. (Дніпро)*
Образовательные программы профилактики синдрома выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья..... 11

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНИХ ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ

- Білоус В. С. (Тернопіль)*
Ефективність раннього втручання у продромальну стадію психозу 15

- Денисенко М. М. (Харків)*
Аддитивна поведінка при невротичних розладах (клініко-психопатологічна характеристика та лікування)..... 18

- Ільницька Т. Ю., Марценковський І. А. (Київ)*
Клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на Сході України 23

- Ісаєнко С. В. (Харків)*
Механізми формування суїцидальної поведінки у онкологічних хворих з депресивними розладами 25

- Корж А. В. (Харків)*
Вплив побічної дії нейролептиків на прихильність до терапії хворих на параноїдну шизофренію..... 27

- Кришталь О. О. (Харків)*
Оцінка ефективності арт-терапії у комплексній терапії хворих на шизофренію..... 31

- Кушнір А. М. (Дніпро)*
Реабілітаційні маршрути особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію..... 33

- Маркова М. В., Пionтківська О. В., Соловйова А. Г. (Харків)*
Вплив вимушеного переміщення на психоемоційну сферу дитини..... 41

- Панько Т. В., Бугакова А. І. (Харків)*
Клініко-психопатологічні особливості хворих на гостру та затяжну неврастенію 49

- Подольян В. М. (Вінниця)*
Персональні та поведінкові паттерни в осіб, що перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим споживачем ін'єкційних наркотиків..... 52

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ ТА СУЧАСНІ ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ НЕВРОЛОГІЧНИХ РОЗЛАДІВ

- Григорова І. А., Тесленко О. А., Григоров Н. Н. (Харьков)*
Эффективность применения препарата Когнифен в комплексной терапии больных с перенесенной черепно-мозговой травмой 59

- Рушкевич Ю. Н., Пашиковская И. Д., Лихачев С. А. (Минск, Беларусь)*
Изменения активности креатинкиназы при болезни двигательного нейрона 66

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

- Осокина О. И., Удод А. А., Ивнев Б. Б., Селезнёва С. В., Путятин Г. Г., Ушенин С. Г. (Краматорськ)*
Возможности биосуггестивной терапии при коррекции болевого синдрома в психоневрологии и стоматологии 73

CONTENTS

PROBLEM ARTICLES

- Maruta N. O., Maliuta L. V. (Kharkiv)*
Clinical-psychopathological features of depressive disorders in patients with schizophrenia 5

- Yurieva L. M. (Dnipro)*
Educational programs on burnout prevention among healthcare professionals in mental health field 11

DIAGNOSTICS AND THERAPY OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS

- Bilous V. S. (Ternopil)*
An efficacy of the early intervention in the prodromal stage of psychosis 15

- Denysenko M. M. (Kharkiv)*
Addictive behavior in neurotic disorders (clinical-psychopathological characteristics and therapy) 18

- Ilnytska T. Yu., Martsenkovsky I. A. (Kyiv)*
Clinical pathomorphosis of symptoms of Hyperkinetic disorder and Post-traumatic stress disorder in veterans of military operations in the East of Ukraine..... 23

- Isaienko S. V. (Kharkiv)*
Mechanisms for the formation of suicidal behavior in oncology patients with depressive disorders 25

- Korzh A. V. (Kharkiv)*
Influence of side effects of neuroleptics on adherence to therapy for patients with paranoid schizophrenia..... 27

- Kryshtal O. (Kharkiv)*
Evaluation of the effectiveness of art therapy in the complex therapy of patients with schizophrenia 31

- Kushnir A. M. (Dnipro)*
Rehabilitation routes of the socially dangerous schizophrenic patients..... 33

- Markova M. V., Piontkovska O. V., Solovieva A. G. (Kharkiv)*
Influence of family forced migration on the child's psychoemotional state 41

- Panko T. V., Bugakova A. I. (Kharkiv)*
Clinical psychopathological features of patients with acute and prolonged neurasthenia..... 49

- Podolian V. M. (Vinnytsia)*
Personological and behavioral patterns in persons who have married with HIV infected consumers of injection drugs 52

MECHANISMS OF FORMATION AND MODERN PRINCIPLES OF TREATMENT OF NEUROLOGICAL DISORDERS

- Grygorova I. A., Teslenko O. O., Grygorov M.M. (Kharkiv)*
The effectiveness of Cogniphen usage in the complex therapy of a craniocerebral trauma..... 59

- Rushkevich Yu. N., Pashkouskaya I. D., Likhachev S. A. (Minsk, Belarus)*
Disturbance of creatine kinase in motor neuron disease 66

ORIGINAL RESEARCHES

- Osokina O. I., Udod O. A., Ivniyev B. B., Seleznova S. V., Putiatin H. H., Ushenin S. H. (Kramators'k)*
Possibilities of biosuggestive therapy in the correction of pain syndrome in psychoneurology and dentistry..... 73

КОНГРЕСИ, КОНФЕРЕНЦІЇ

<i>Белугина О. С. (Минск, Белоруссия)</i>	
Ранняя диагностика первых психотических проявлений	80
<i>Франкова И. А. (Киев)</i>	
Психическое здоровье переселенцев — вызов для психиатрии XXI века (обзор материалов 25-го Европейского психиатрического конгресса).....	83
Інформаційне повідомлення.....	91

CONGRESSES, CONFERENCES

<i>Belugina O. S. (Minsk, Belarus)</i>	
Early detection of psychosis.....	80
<i>Frankova I. A. (Kyiv)</i>	
Refugee mental health — the psychiatric challenge of the 21 st century (25 th European Congress of Psychiatry materials review)	83
Information message	91

УДК 616.895.8:616.895.4-008.447-071-08

Н. О. Марута, Л. В. Малюта

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

Н. А. Марута, Л. В. Малюта

Клинико-психопатологические особенности депрессивных нарушений у больных шизофренией

N. O. Maruta, L. V. Maliuta

Clinical-psychopathological features of depressive disorders in patients with schizophrenia

Статтю присвячено вивченню клініко-психопатологічних та психологічних особливостей депресивних порушень (ДП) у хворих на шизофренію та розробленню принципів терапії цього контингенту хворих.

На ґрунті комплексного клініко-психопатологічного дослідження отримані дані щодо синдромальної структури ДП при шизофренії: при ДП раннього періоду (ДПРП) переважали тривожно-депресивний (39,50 %), obsесивно-депресивний (26,30 %) симптомокомплекси та соматовегетативна депресія (21,10 %); при ДП середнього періоду (ДПСРП) — апатико-адинамічний (46,20 %), деперсоналізаційний (20,50 %) і сенесто-іпохондричний (12,80 %) варіанти депресії; у пацієнтів з ДП пізнього періоду (ДППП) були виражені дисфоричний (25,60 %), анестетичний (20,95 %) варіанти депресії та депресивно-параноїдний симптомокомплекс (20,99 %).

Доведено, що феноменологічна структура депресивної симптоматики у пацієнтів з шизофренією змінюється на різних етапах розвитку хвороби та включає наявність суто афективних, а також негативних та когнітивних порушень. Визначено, що високий та виражений суїцидальний ризик відрізняв пацієнтів з ДПРП, а вираженість депресивної симптоматики — хворих на шизофренію з ДППП ($p \leq 0,01$). Встановлено, що рівень соціальної ізоляції, алекситимії, незадоволеність собою та якістю свого життя збільшувалися протягом перебігу захворювання.

У результаті проведеного клініко-психопатологічного дослідження науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено систему діагностики та терапії ДП при шизофренії.

Ключові слова: шизофренія, депресивні порушення, клініко-психопатологічні особливості, особистісні особливості, диференціальна діагностика, терапія

Стаття посвящена изучению клинико-психопатологических и психологических особенностей депрессивных нарушений (ДН) у больных шизофренией и разработке принципов терапии этого контингента больных.

На основе комплексного клинико-психопатологического исследования получены данные о синдромальной структуре ДН при шизофрении: при ДН раннего периода (ДНРП) преобладали тревожно-депрессивный (39,50 %), obsесивно-депрессивный (26,30 %) симптомокомплексы и соматовегетативная депрессия (21,10 %); при ДН среднего периода (ДНСРП) — апатико-адинамический (46,20 %), деперсонализационный (20,50 %) и сенесто-ипохондрический (12,80 %) варианты депрессии; у пациентов с ДН позднего периода (ДНПП) были выражены дисфорический (25,60 %), анестетический (20,95 %) варианты депрессии и депрессивно-параноидный симптомокомплекс (20,99 %).

Доказано, что феноменологическая структура депрессивной симптоматики у пациентов с шизофренией меняется на разных этапах развития болезни и включает наличие чисто аффективных, а также негативных и когнитивных нарушений. Определено, что высокий и выраженный суицидальный риск отличал пациентов с ДНРП, а выраженность депрессивной симптоматики — больных шизофренией с ДНПП ($p \leq 0,01$). Установлено, что уровень социальной изолированности, алекситимии, неудовлетворенности собой и качеством своей жизни увеличивались с течением заболевания.

В результате проведенного клинико-психопатологического исследования научно обоснована, разработана и внедрена система диагностики и терапии ДН при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, депрессивные нарушения, клинико-психопатологические особенности, личностные особенности, дифференциальная диагностика, терапия

The article is devoted to the study of clinical, psychopathological and psychological features of depressive disorders (DD) in patients with schizophrenia and the development of the principles of therapy for this contingent of patients.

The leading variants of the symptomatic complexes in patients with DD in schizophrenia are identified: in patients with DD early period — anxiety-depressive (39.50 %), obsesive-depressive (26.30 %) complex of symptoms and somatic-vegetative depression (21.10 %); in patients with DD middle period — apathetic-ady-namic (46.20 %), depersonalization (20.50 %) and senestic-hypochondriac (12.80 %) variants of depression; in patients with DD late period — dysphoric (25.60 %), anesthetic (20.95 %) variants of depression and depressive-paranoid complex of symptom (20.99 %).

It has been proved that the phenomenological structure of depressive symptoms in patients with schizophrenia change depending on stages of disease. It included the presence of affective, negative symptoms and cognitive disorders. It has been established that the level of social isolation, alexithymia, dissatisfaction by themselves and the quality of life has been growing throughout the course of the disease.

As a result, the system of diagnosis and treatment of depressive disorders in patients with schizophrenia has been scientifically substantiated, developed and implemented.

Keywords: depressive disorders, schizophrenia, clinical and psychopathological features, personal features, differential diagnostics, therapy

Шизофренія є однією з найскладніших і актуальних проблем клінічної психіатрії, що зумовлено різноманітністю клінічних проявів, стрімким патоморфозом цієї патології, коморбідністю та тяжкими медико-соціальними наслідками цього захворювання. Тяжкість симптомів шизофренії, ризик хронізації та інвалідизації зумовлюють високу медико-соціальну значущість досліджень, що стосуються цього захворювання [1, 4, 12, 14].

Депресивні порушення (ДП) у хворих на шизофренію — значуща клінічна проблема, тому що депресія збільшує тяжкість негативних симптомів, нерідко входить до складу маячних переживань, а в фазі ремісії погіршує якість життя хворих і знижує прихильність до лікування, що збільшує ризик рецидиву. ДП спостерігаються при всіх формах шизофренії, на будь-якому етапі розвитку ендегенного процесу. Депресію при шизофренії розглядають як резистентний симптом, наявність якого негативно впливає на терапевтичний прогноз, підсилює

суб'єктивні страждання пацієнта, суттєво підвищує ризик суїциду, збільшує тривалість термінів госпіталізації, погіршує перебіг хвороби [3, 6, 7, 10].

Частота виявлення депресивних симптомів при шизофренії в повідомленнях різних дослідників коливається від 7 % до 70 %. У наукових дослідженнях депресивну симптоматику розглядають як один із проявів шизофренічного процесу; реакцію хворого на перенесений психоз; самостійне, окреме від шизофренії захворювання; результат побічної дії нейролептичних препаратів [2, 5, 8, 13].

Немає єдиної думки авторів на можливість застосування різних психофармакологічних засобів щодо терапії ДП, які розвиваються у хворих на шизофренію. Одні дослідники вказують на ефективність ад'ювантного призначення антидепресантів, інші стверджують, що ефективність таких додаткових призначень не доведена та наголошують на небезпеку екзацерації ендогенного процесу у разі їх застосування. Є багато даних про ефективність атипичних антипсихотиків під час лікування депресій, які розвинулися у хворих на шизофренію. Відсутність адекватної терапії ДП при шизофренії значно знижує якість життя хворих та погіршує прогноз захворювання загалом. Багато що із сказаного пов'язано як з недостатнім визначенням диференціально-діагностичних критеріїв ДП, що розвиваються в рамках шизофренії, так і з відсутністю чітких терапевтичних підходів і алгоритмів. Тим часом, поява великої кількості нових антидепресивних і антипсихотичних лікарських засобів розширює можливості лікування депресій, робить необхідним цілеспрямоване дослідження щодо можливості їх застосування [3, 9, 11].

Тобто, незважаючи на велику кількість досліджень, присвячених проблематиці ДП при шизофренії, основні положення, що стосуються цієї проблеми, на сьогодні залишаються суперечливими. Єдине питання, в якому досягнуто певної узгодженості: депресія — це інтегральна частина клінічної симптоматики шизофренії, яка може розвиватися при різних її формах та етапах перебігу. Здебільшого дослідники розглядають наявність депресивних розладів як несприятливий прогностичний фактор, що знижує якість життя хворих, збільшує порушення їх психосоціального функціонування та підвищує ризик суїциду. Депресивна симптоматика значно впливає на соціальний прогноз хворих на шизофренію та на прогноз перебігу захворювання загалом. Незважаючи на тривалу історію вивчення ДП, що спостерігаються в структурі ендогенних захворювань, на сьогодні все ще немає єдиної думки про механізми їх розвитку, частоту, прогностичну значимість ефективних терапевтичних підходів.

Тому метою дослідження стало визначити клініко-психопатологічні та психологічні особливості депресивних порушень при шизофренії та на ґрунті отриманих даних розробити принципи терапії цього контингенту хворих.

У роботі використовували комплекс методів дослідження:

I. Клініко-психопатологічний метод.

II. Психометричний метод: Калгарійська шкала депресії при шизофренії — CDSS (Addington D., Addington J., 1993); опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики — SCL-90 (Derogatis et al., 1974); короткий опитувальник BOO3 для оцінки якості життя — WHOQOL-BREF (Мосолов С. Н., 2001); спосіб визначення суїцидального ризику — CBCP (Гавенко В. Л., 2001); шкала повсякденного і соціального функціонування — PSP (Morosini P. L., 2000).

III. Психодіагностичний метод: опитувальник соціальної ізоляції (Фетіскін Н. П., Козлов В. В.,

Мануйлов Г. М., 2002); Торонтська шкала алекситимії (Райгородський Д. Я., 2002); Методика кількісного виміру самооцінки Будассі С. А. (Іванова Е. Ф., Мельник І. І., 1993); методика диференціальної діагностики депресивних станів Жмурова В. А. (Райгородський Д. Я., 2002); «Самоактуалізаційний тест» (САТ) (Альошина Ю. Е., Гозман Л. Я., Загіка М. В. і Кроз М. В., 1987).

IV. Клініко-статистичні методи обробки отриманих даних з використанням методів описової статистики; двостороннього тесту Фішера, *t*-критерію Стьюдента; методів послідовного статистичного аналізу (Сидоренко Е. В., 2003).

В рамках дослідження було обстежено 162 хворих з верифікованим діагнозом шизофренії (F20.0 — F20.9). Критеріями включення у дослідження були встановлений діагноз шизофренії (F20.0 — F20.9) відповідно до критеріїв МКХ-10; наявність ДП в клінічній картині хворих на шизофренію; вік — 18—59 років; наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; здатність пацієнтів адекватно розуміти вимоги до них у зв'язку з дослідженням. Як критерії виключення були визначені: наявність органічного захворювання ЦНС і тяжких соматичних захворювань; вік понад 60 років. Задля реалізації мети та завдань дослідження із загальної кількості обстежуваних хворих були сформовані досліджувані групи (основна та контрольна) на підставі критерію наявності або відсутності ДП в структурі шизофренії. У результаті проведеного аналізу основну групу дослідження склали 120 хворих на шизофренію з ДП, які були поділені на 3 групи залежно від тривалості захворювання: 38 хворих на шизофренію з тривалістю захворювання менше ніж 5 років (ДПРП — ДП раннього періоду), 39 пацієнтів з тривалістю захворювання 10 років (ДПСП — ДП середнього періоду) і 43 пацієнти з тривалістю захворювання більше ніж 15 років — (ДППП — ДП пізнього періоду). Контрольну групу дослідження склали 42 хворих на шизофренію без ДП.

Соціально-демографічний аналіз даних продемонстрував, що пацієнти з ДПРП були переважно молодого віку (від 20 до 35 років, $p \leq 0,01$), з незакінченою вищою освітою (39,47 %), не одружені (60,53 %) та були працевлаштовані (44,74 %). Пацієнти з ДПСП та з ДППП були переважно середнього віку — 45—59 років (84,62 % та 74,42 % відповідно), з середньою спеціальною освітою (46,15 % та 51,16 %), переважно розлучені (79,49 % та 55,81 %). Хворі з ДПСП відрізнялись більшою кількістю непрацюючих осіб (46,15 %), а хворі з ДППП — більшою кількістю пацієнтів з інвалідністю (67,44 %).

У хворих на шизофренію з ДП спостерігалась спадкова обтяженість у переважанні психічних захворювань у батьків та психопатій у родичів (26,39 % та 27,73 % відповідно, $p \leq 0,05$). Пацієнти з ДПСП та ДППП відрізнялись від пацієнтів з ДПРП більшою кількістю анамнестичних даних щодо психічних захворювань у батьків (41,03 %, $t = 2,098$, $p \leq 0,05$) і (48,84 %, $t = 2,102$, $p \leq 0,05$) відповідно, а хворі з ДПСП — більшою кількістю анамнестичних даних щодо психопатій та інших аномалій характеру у родичів (33,33 %) порівняно з пацієнтами з ДППП ($t = 2,116$, $p \leq 0,05$). У пацієнтів з ДП серед екзогенно-органічних і соматогенних чинників преморбиду переважали соматичні захворювання (19,94 %, $t = 2,216$, $p \leq 0,05$).

Характер ДП у хворих на шизофренію відрізнявся на різних етапах перебігу захворювання: при ДПРП переважали тривожно-депресивний (39,50 %), обсессивно-депресивний (26,30 %) симптомокомплекс та соматовегетативна депресія (21,10 %), $p \leq 0,0001$.

У пацієнтів з ДПСР найбільш часто спостерігалися апатико-адинамічний (46,20 %), деперсоналізаційний (20,50 %) і сенесто-іпохондричний (12,80 %) варіанти депресії ($p \leq 0,0001$). ДППП характеризувалися наявністю анестетичного варіанту депресії з переважанням його деперсоналізаційного компонента (20,95 %), дисфоричної депресії (25,60 %) і депресивно-параноїдного симптомокомплексу (20,99 %) ($p \leq 0,01$) (рис. 1).

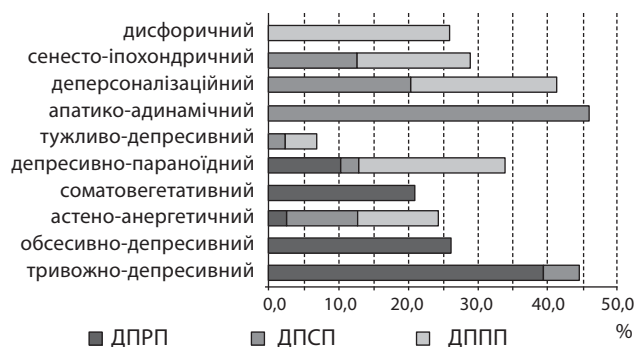


Рис. 1. Представленість симптомокомплексів у хворих на шизофренію з ДП

Феноменологічна структура депресій у пацієнтів з ДП при шизофренії включала наявність суто афективних порушень, поєднаних з негативними та когнітивними розладами.

Оцінювання афективних проявів у хворих на шизофренію з ДП показало, що у пацієнтів з ДПРП найбільш вираженими були такі симптоми: тривога (72,43 %), дратівливість (58,14 %), пригнічений настрій (56,18 %), емоційна лабільність (56,18 %), а також неадекватність емоцій (48,15 %) і плаксивість (47,18 %). У пацієнтів з ДПСР переважали зниження ініціативи (65,87 %), стомлюваність (68,53 %), байдужість (69,87 %), пригнічений настрій (53,85 %) та неадекватність емоцій (52,45 %). У хворих з ДППП найчастіше спостерігалися дратівливість (89,12 %), неадекватність емоцій (79,18 %), байдужість (78,95 %), образливість (74,08 %) та емоційна тупість (64,38 %). У пацієнтів без ДП переважали байдужість (87,15 %), емоційна тупість (59,27 %) і неадекватність емоцій (68,89 %), які вірогідно відрізнялися від таких у хворих основної групи ($p \leq 0,05$).

Оцінювання динаміки негативної симптоматики у хворих на шизофренію з ДП продемонструвало, що при ДПРП негативні симптоми окреслювалися переважно наявністю ангедонії (56,18 %), редукцією енергетичного потенціалу (47,18 %) і загальмованістю рухів (44,71 %). При ДПСР негативна симптоматика наростала та до перелічених симптомів приєднувалися астеничні прояви (65,87 %), апатія (58,04 %), аутизм (52,45 %) та вольові порушення (36,18 %). При ДППП були виражені практично всі негативні симптоми: редукція енергетичного потенціалу (64,38 %), астеничні прояви (64,38 %), аутизм (64,38 %), апатія (58,14 %), ангедонія (58,14 %), загальмованість рухів (58,14 %) та вольові порушення (45,14 %). Було встановлено, що апатія була більш вираженою у хворих з ДПСР та ДППП, ніж у пацієнтів з ДПРП ($p \leq 0,01$, ДК = 3,15, МІ = 1,02 та $p \leq 0,025$, ДК = 2,17; МІ = 0,24 відповідно), де ДК — діагностичний коефіцієнт, МІ — міра інформативності Кульбака. У пацієнтів з ДПСР симптоми астенії та редукції енергетичного потенціалу були виражені більше, ніж у хворих з ДПРП ($p \leq 0,05$, ДК = 1,24, МІ = 0,09 та $p \leq 0,05$, ДК = 2,04; МІ = 0,13 відповідно). Також було визначено, що вольові порушення та симптоми аутизму посилювалися протягом перебігу

хвороби ($p \leq 0,05$). Пацієнти контрольної групи відрізнялися від пацієнтів з ДП переважанням аутизму (68,89 %, $p \leq 0,05$, ДК = 2,17, МІ = 0,13) і вольових порушень (59,27 %, $p \leq 0,05$, ДК = 4,13; МІ = 0,24) і меншою вираженістю ангедонії (11,90 %, $p \leq 0,001$, ДК = 3,24; МІ = 0,16), загальмованості (22,83 %, $p \leq 0,005$, ДК = 1,98, МІ = 0,28), апатії (27,16 %, $p \leq 0,05$, ДК = 1,32; МІ = 0,09), редукції енергетичного потенціалу (34,33 %, $p \leq 0,01$, ДК = 2,65; МІ = 0,79) і астенії (47,18 %, $p \leq 0,025$, ДК = 4,12; МІ = 0,16).

Аналіз когнітивних порушень в динаміці захворювання продемонстрував посилення когнітивного дефіциту з тривалістю захворювання: при ДПРП когнітивні порушення переважно проявлялися у вигляді нав'язливих думок (87,15 %, $p \leq 0,0001$), зниження концентрації (57,16 %) і переключення уваги (71,05 %) та підвищеної чутливості до критики на свою адресу (54,89 %, $p \leq 0,0001$); при ДПСР приєднувалися порушення пам'яті (45,87 %, $p \leq 0,01$), інертність мислення (79,87 %, $p \leq 0,0001$), труднощі в прийнятті рішень (82,44 %, $p \leq 0,0001$), психічна стомлюваність (69,87 %, $p \leq 0,05$) і з'являлися порушення критики щодо хвороби (79,87 %, $p \leq 0,0001$). При ДППП поряд з наявними когнітивними порушеннями реєструвалися маячні переконання (96,47 %, $p \leq 0,0001$) та ригідність мислення (89,12 %, $p \leq 0,0001$). У хворих без ДП найчастіше спостерігалися такі когнітивні порушення: маячні переконання (83,56 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 2,30, МІ = 0,40), порушення критики щодо хвороби (54,15 %, $p \leq 0,05$, ДК = 3,56, МІ = 1,13), труднощі в прийнятті рішень (58,18 %, $p \leq 0,025$, ДК = 1,98, МІ = 0,21) і нав'язливі думки (57,16 %, $p \leq 0,0001$, ДК = 4,28, МІ = 1,12) (рис. 2).

Аналіз вираженості депресивної симптоматики за останні 2 тижні у хворих на шизофренію з ДП продемонстрував, що відчуття безнадійності (2,54 бали, $t = 3,956$, $p \leq 0,0001$), самоприпинення (2,05 бали, $t = 2,897$, $p \leq 0,01$), а також суїцидальні думки (2,34 бали, $t = 2,541$, $p \leq 0,01$) були найбільш вираженими в групі хворих на шизофренію з ДПРП, а ідеї обвинувачення (1,85 балів, $t = 3,465$, $p \leq 0,0025$) та спостережувана депресія (2,04 бали, $t = 3,465$, $p \leq 0,0025$) — у хворих на шизофренію з ДПСР.

Оцінювання вираженості психопатологічної симптоматики у пацієнтів з ДП при шизофренії показало, що показники депресії (2,33 бали, $t = 4,876$, $p \leq 0,001$), тривоги (1,87 балів, $t = 2,967$, $p \leq 0,01$), міжособистісної сенситивності (1,69 балів, $t = 2,263$, $p \leq 0,05$) і соматизації (1,34 балів, $t = 2,132$, $p \leq 0,05$) переважали у хворих з ДП, у той час коли в групі порівняння переважали симптоми параноїдальності (1,92 балів, $t = 2,217$, $p \leq 0,05$). Встановлено, що вираженість психопатологічної симптоматики змінювалася в процесі захворювання: ДПРП при шизофренії характеризувалися наявністю тривоги (2,67 бали, $p \leq 0,001$), фобій (2,13 бали, $p \leq 0,01$), депресії (2,54 бали, $p \leq 0,05$), вираженістю obsесивно-компульсивних і соматичних симптомів (2,03 та 1,88 балів відповідно, $p \leq 0,05$). При ДПСР показники тривоги, фобій, obsесивно-компульсивних симптомів, соматичних скарг вірогідно знижувалися (1,58; 1,11; 1,19; 1,02 балів відповідно, $p \leq 0,05$), при цьому показники депресії залишалися на високому рівні (2,65 бали, $p \leq 0,05$) і підвищувався показник психотизму (2,31 бали, $p \leq 0,0001$). ДППП відрізнялись зниженням показників депресії (1,79 балів, $p \leq 0,05$) і збільшенням показників міжособистісної сенситивності (2,45 бали, $p \leq 0,001$), що проявлялось різким відмежуванням від соціальних контактів, а також параноїдальністю (2,03 бали, $p \leq 0,01$).

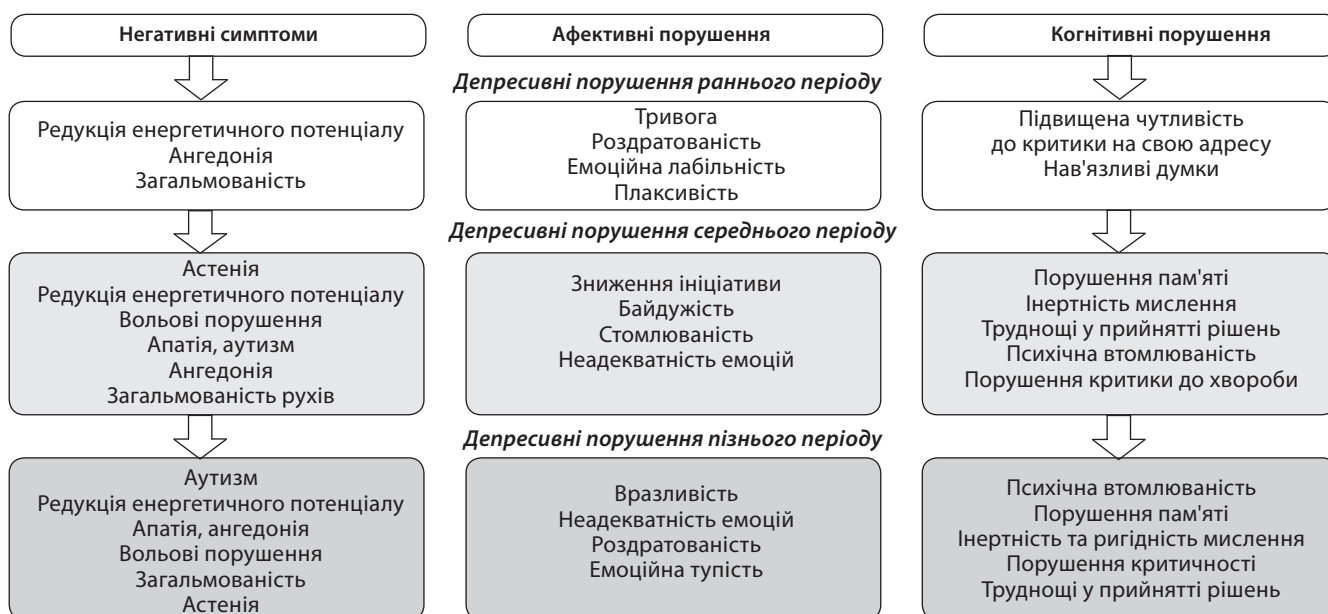


Рис. 2. Динаміка клініко-психопатологічних проявів ДП при шизофренії

Оцінювання суїцидального ризику продемонструвало, що у пацієнтів з ДП в 53,51 % випадків був зафіксований високий суїцидальний ризик, а в 46,49 % — низький. В контрольній групі високий суїцидальний ризик спостерігався у 19,23 % пацієнтів, а низький — у 73,08 % хворих, що свідчило про вірогідне переважання цього показника в основній групі ($p \leq 0,0001$). Ризик суїциду при ДПРП був високим (65,47 %) та більш вираженим, ніж при ДПСП (52,76 %, $p \leq 0,01$) та при ДППП (42,31 %, $p \leq 0,01$). Також визначено, що підвищення суїцидального ризику у хворих на шизофренію з ДП було асоційовано з порушеннями в ціннісно-смысловій сфері ($r = -0,53$), соціальною ізоляцією ($r = -0,66$), незадоволеністю навколишнім середовищем ($r = -0,77$) і відчуттям психологічного дискомфорту ($r = -0,83$).

Аналіз особливостей особистості дозволив виявити, що у пацієнтів з ДП спостерігалася втрата цінностей і цілей (45,33 балів, $t = 2,865$, $p \leq 0,01$), менш вираженою була здатність до самоприйняття (35,34 балів, $t = 3,223$, $p \leq 0,001$) та вираження своїх почуттів (37,02 балів, $t = 2,217$, $p \leq 0,05$), спостерігалася зниження когнітивних потреб (35,79 балів, $t = 2,143$, $p \leq 0,05$) порівняно з пацієнтами без ДП. Пацієнти з ДПРП характеризувались низькими показниками самоприйняття (40,01 балів, $t = 2,187$, $p \leq 0,05$), зниженням чутливості до власних потреб і почуттів (43,38 бали, $t = 2,267$, $p \leq 0,01$); пацієнти з ДПСП — зниженням актуальності цінностей (44,65 бали, $t = 2,476$, $p \leq 0,01$), самоповаги (44,23 бали, $t = 3,176$, $p \leq 0,001$), контактності (38,35 балів, $t = 4,102$, $p \leq 0,001$) та компетентності у часі (38,56 балів, $t = 3,209$, $p \leq 0,001$). У пацієнтів з ДППП спостерігалися обмеження сприйняття свого життєвого шляху (29,67 балів, $t = 2,213$, $p \leq 0,05$), спустошення ціннісно-мотиваційної сфери (34,74 бали, $t = 2,121$, $p \leq 0,05$), виникнення труднощів в оцінюванні власних потреб і почуттів (29,69 балів, $t = 2,332$, $p \leq 0,05$), поява високого ступеня залежності та несамостійності (36,76 балів, $t = 2,342$, $p \leq 0,01$), схильності до негативного сприйняття людей (39,43 балів, $t = 2,114$, $p \leq 0,05$), а також втрата самоповаги (31,11 балів, $t = 2,865$, $p \leq 0,01$).

Самооцінка у хворих на шизофренію з ДП характеризувалася неадекватністю: в 48,62 % випадків визначено занижену самооцінку, в 35,58 % випадків — завищену

і тільки у 15,81 % хворих з ДП при шизофренії самооцінка була адекватною. Більшість пацієнтів з ДПРП виявляли завищену самооцінку (52,63 %, $p \leq 0,05$), у пацієнтів з ДПСП та ДППП здебільшого фіксувалася занижена самооцінка (64,16 % та 50,11 % відповідно, $p \leq 0,0001$).

Дослідження здатності пацієнтів з шизофренією до вербалізації емоційних станів показало, що у 44,21 % хворих з ДП був виражений високий рівень алекситимії, у 34,20 % — середній, а у 21,59 % — низький. Визначена пряма залежність між тривалістю хвороби та рівнем алекситимії: чим більшим був «стаж» хвороби, тим більші труднощі пацієнти схильні були відчувати у визначенні та описі власних переживань, формувалося збіднення фантазії та уяви, а також проявлялась сфокусованість більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях ($p \leq 0,01$).

Рівень соціальної ізоляції характеризувався високими показниками у 43,14 % хворих на шизофренію з ДП, середній рівень був встановлений у 23,87 % пацієнтів, а низький — у 32,98 % хворих. Визначена тенденція до збільшення соціальної ізоляції в процесі захворювання: при ДПРП переважав низький рівень соціальної ізоляції (60,00 %, $p \leq 0,0001$), при ДПСП — середній рівень (45,45 %) при ДППП — високий рівень соціальної ізоляції (67,98 %, $p \leq 0,025$).

Оцінення якості життя продемонструвало зниження задоволеності станом свого здоров'я (52,63 %, $t = 2,254$, $p \leq 0,05$), психологічним благополуччям (47,74 %, $t = 2,266$, $p \leq 0,05$) і міжособистісними відносинами (43,41 %, $t = 2,331$, $p \leq 0,05$) у пацієнтів з ДП. Була виявлена негативна динаміка суб'єктивного сприйняття якості життя пацієнтами з ДП при шизофренії залежно від тривалості захворювання: при ДПРП переважав середній рівень задоволеності фізичним, психологічним благополуччям (67,47 % та 64,49 % відповідно) та міжособистісними відносинами (58,97 %); при ДПСП суб'єктивне сприйняття пацієнтами якості свого життя різко знижувалось: нижче середнього пацієнти цієї групи оцінювали міжособистісні відносини ($35,43 \pm 7,49$ %), стан свого здоров'я ($46,45 \pm 8,94$ %) і психологічне благополуччя ($43,98 \pm 8,66$ %). При ДППП показники якості життя були низькими: пацієнти не були задоволені своїм

станом здоров'я ($43,98 \pm 7,83$ %), психологічним благополуччям ($34,76 \pm 6,68$ %) і відносинами з людьми ($35,83 \pm 6,83$ %). Було встановлено, що задоволеність своїм станом здоров'я ($p \leq 0,025$), психологічним благополуччям ($p \leq 0,05$) і соціальними контактами ($p \leq 0,01$) знижувалася в процесі хвороби (рис. 3).

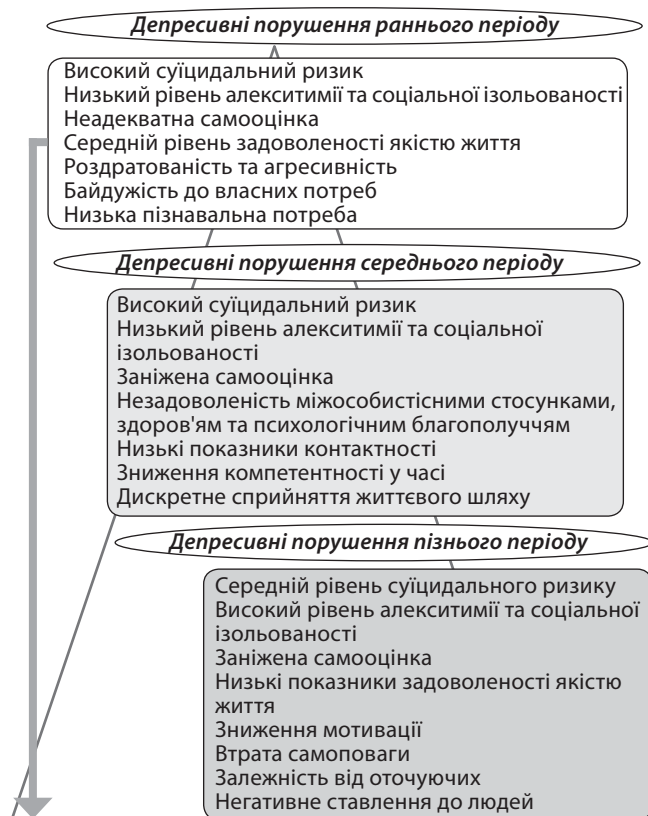


Рис. 3. Динаміка психологічних проявів ДП при шизофренії

На ґрунті результатів проведеного клініко-психопатологічного дослідження науково обґрунтовано та розроблено систему діагностики ДП при шизофренії, що включає клініко-психопатологічні та психодіагностичні критерії (таблиця).

Клініко-психопатологічні критерії ДП при шизофренії включали особливості афективних проявів, негативної симптоматики та когнітивних порушень, синдромальну структуру та рівень суїцидального ризику. Психодіагностичні критерії базуються на особистісних характеристиках, рівні самооцінки, алекситимії, соціальної ізолюваності та результатах оцінки якості життя у цієї категорії хворих.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та особистісних особливостей ДП при шизофренії розроблено та впроваджено програму терапії, що включала застосування фармако- і психотерапії.

Фармако- та психотерапія були диференційованими та проводилися залежно від клініко-психопатологічного варіанту депресії, ступеня тяжкості поточного психічного стану й з урахуванням тривалості захворювання. Фармакотерапія включала етапи активної, стабілізуючої та підтримувальної терапії і ґрунтувалась на застосуванні атипичних антипсихотиків, антидепресантів та стабілізаторів настрою. Комплекс психотерапевтичних заходів ґрунтувався на поєднанні індивідуальної когнітивно-поведінкової психотерапії з арт-терапією в формі групової роботи.

Клініко-психопатологічні та психологічні діагностичні критерії хворих на шизофренію з ДП

Ознаки	Діагностичні критерії	ДК	МІ
Афективні порушення	Пригнічений настрій	7,25	1,27
	Відчуття туги	4,69	0,47
	Зниження активності та ініціативи	2,96	0,33
	Ранимість	1,96	0,26
Когнітивні порушення	Ригідність та інертність мислення	8,13	2,45
	Труднощі у прийнятті рішень	7,54	2,28
	Зниження критики до хвороби та до себе	6,58	2,07
	Психічна втомлюваність	2,64	1,76
Негативні симптоми	Редукція енергетичного потенціалу	4,23	2,34
	Астенічні прояви	4,06	1,13
	Ангедонія	3,56	1,35
	Загальмованість рухів	3,45	1,09
Провідні симптомокомплекси	Апатія	4,05	0,98
	Дисфоричний варіант депресії	6,87	1,03
	Депресивно-параноїдний симптомокомплекс	9,12	0,84
	Деперсоналізаційний варіант депресії	3,15	0,15
Виразеність психопатологічної симптоматики	Високі показники паранояльності	2,89	0,78
	Високі показники міжособистісної сенситивності	3,29	0,65
Виразеність депресивних проявів	Високий рівень клінічної депресії	5,98	2,13
	Відчуття безнадії	2,45	2,03
	Ідеї звинувачення	1,16	1,16
	Раннє пробудження	2,81	1,09
Рівень суїцидального ризику	Високий суїцидальний ризик	2,46	1,12
Рівень самооцінки	Знижена самооцінка	3,08	0,50
Особистісні особливості	Дискретне сприйняття власного життєвого шляху	5,12	2,07
	Високий рівень залежності та несамостійності	1,76	1,34
	Зниження актуальності цінностей	1,23	0,98
	Труднощі у усвідомленні та вираженні почуттів	1,15	0,67
	Зниження самоповаги та самоприйняття	1,06	0,56
	Порушення уявлень про людину	1,04	0,45
	Зниження пізнавальних потреб особистості	1,02	0,33
	Якість життя	2,34	1,30

Оцінювання ефективності розробленої диференційованої програми терапії ДП при шизофренії дозволило констатувати вірогідні позитивні зміни психосоціальних характеристик: поліпшились показники якості життя (фізичного ($p \leq 0,001$) та психологічного ($p \leq 0,0025$) благополуччя, міжособистісних відносин ($p \leq 0,0001$) та навколишнього середовища ($p \leq 0,05$); знизились показники «помітних» та «виражених» порушень у сферах соціального функціонування ($p \leq 0,001$). В результаті застосування розробленої програми у 59,57 % пацієнтів було діагностовано «значне поліпшення», у 21,27 % хворих — «поліпшення» стану, що вірогідно перевищувало показники в групі порівняння ($p \leq 0,025$, ДК = 1,94; MI = 0,21).

Узагальнюючи наведені дані, треба зазначити таке.

Феноменологічна структура депресивної симптоматики у пацієнтів з шизофренією включає наявність суто афективних розладів, а також негативних і когнітивних порушень; депресивних порушень при шизофренії характеризуються певними провідними клініко-психопатологічними проявами, які залежать від тривалості захворювання. При депресивних порушеннях раннього періоду переважали тривожно-депресивний, obsesивно-депресивний симптомокомплекс та соматовегетативна депресія; у пацієнтів з депресивними порушеннями середнього періоду — апатико-адинамічний, деперсоналізаційний і сенесто-іпохондричний варіанти депресії; у пацієнтів з депресивними порушеннями пізнього періоду — дисфоричний, анестетичний варіанти депресії та депресивно-параноїдний симптомокомплекс.

Доведено, що тривалість захворювання впливає на вираженість і тяжкість ДП та суїцидальний ризик. Високий та виражений суїцидальний ризик відрізняв пацієнтів з ДПРП, а вираженість депресивної симптоматики — хворих на шизофренію з ДПСР.

Визначені особистісні особливості пацієнтів з ДП, які полягали в наявності неадекватної самооцінки, труднощів у вираженні власних почуттів, спустошенні ціннісно-сислової сфери, порушень уявлень про людину та низького рівню самоприйняття.

Розроблено принципи діагностики ДП при шизофренії, які базуються на визначенні клініко-психопатологічних та психологічних критеріїв. Зміст клініко-психопатологічних критеріїв складають особливості афективних, негативних та когнітивних розладів, синдромальна структура депресій при шизофренії та рівень суїцидального ризику. Психодіагностичні критерії включають особистісні характеристики, рівень самооцінки, алекситимії, соціальної ізоляваності та показники оцінки якості життя у цієї категорії хворих.

На ґрунті виявлених клініко-психопатологічних та психологічних особливостей депресивних порушень при шизофренії розроблено та впроваджено диференційовану програму терапії, що включає застосування фармако- і психотерапії. Фармакотерапія була диференційованою та проходила залежно від клініко-психопатологічного варіанту депресії, ступеня тяжкості поточного психічного стану з урахуванням тривалості захворювання й ґрунтувалась на застосуванні атипичних антипсихотиків, антидепресантів та стабілізаторів настрою. Комплекс психотерапевтичних заходів включав індивідуальну когнітивно-поведінкову психотерапію, а також арт-терапію в формі групової роботи.

Список літератури

1. Аймедов К. В., Морванюк Г. В. Індивідуально-психологічні характеристики пацієнтів з параноїдною формою шизофренії з урахуванням статеві належності // *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 1. С. 98—101.
2. Будза В. Г., Антохин Е. Ю. Проблема депрессии при шизофрении (обзор 2): типология и течение постшизофренических депрессий // *Психиатрия и психофармакотерапия им. П. Б. Ганнушкина*. 2014. № 2. С. 47—53.
3. Кинкулькина М. А., Иванец Н. Н. Депрессии при шизофрении и алкоголизме. Клиника и лечение. Москва: ИД Медпрактика-М, 2009. 216 с.
4. Кожина А. М., Сухоиванова Е. И. Современные подходы к терапии и реабилитации больных шизофренией // *Экспериментальная и клиническая медицина*. 2013. № 1. С. 163—167.
5. Кушнир Ю. А. К вопросу дифференциальной диагностики постшизофренической депрессии // *Архів психіатрії*. 2012. Т. 19, № 4 (71). С. 19—26.
6. Марута Н. О., Ярославцев С. О. Шизофрения с коморбидными психическими и поведенческими расстройствами (структура коморбидной патологии, критерии диагностики, факторы прогноза и закономерности формирования) // *Медицина психологии*. 2015. № 4. С. 46—50.
7. Мишиев В. Д., Кушнир Ю. А., Осадчая Г. А. Клинико-психопатологические особенности постшизофренических депрессий у больных приступообразно-прогредиентной шизофренией // *Журнал психіатрії та медичної психології*. 2011. № 1. С. 50—53.
8. Смулевич А. Б., Дубницкая Э. Б. Депрессия — актуальные проблемы систематики // *Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 2012. Т. 112, № 2. С. 11—20.
9. Шумская К. Н. Постшизофренические депрессии (психопатологические особенности и вопросы типологии, клинические подходы, терапевтические особенности): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Москва, 1999. 21 с.
10. Юрьева Л. Н. Шизофрения: клиническое руководство для врачей. Киев, 2010. С. 24.
11. Antokhin E. Y. Protect psychological mechanisms of post-psychotic depression in patients at first episode of schizophrenia // *Ceska a Slovenska psychiatrie*. 2012. 108 (10). P. 217—8.
12. Babinkostova Z., Stefanovski B. Depressive symptoms in schizophrenic patients // *Medicus*. 2010. 13 (1). P. 126—131.
13. Depressive symptoms in schizophrenia outpatients—prevalence and clinical correlates / Freudenreich O., Tranulis C., Cather C., [et al.] // *Clin Schizophr Relat Psychoses*. 2008; 2(2): 127—135. doi: 10.3371/CSRP.2.2.2.
14. Palmer E. C., Gilleen J., David A. S. The relationship between cognitive insight and depression in psychosis and schizophrenia: a review and meta-analysis // *Schizophr Res*. 2015; 166: 261.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

МАРУТА Наталія Олександрівна, доктор медичних наук, професор, заступник директора з науково-дослідної роботи, керівник відділу невротів і пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії і наркології Національної академії медичних наук України» (ДУ «ІНПН НАМН України»), Віце-президент Громадської організації «Асоціація неврологів, психіатрів та наркологів України», м. Харків, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

МАЛЮТА Ліана Володимирівна, молодший науковий співробітник ДУ «ІНПН НАМН України», м. Харків, Україна; e-mail: lmaluta@ukr.net

MARUTA Nataliia, Doctor of Medical Sciences, Professor, Deputy Director on Scientific Work, Head of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine" ("INPN of the NAMS of Ukraine" SI), Vice President of the Public organization "Association of Neurologists, Psychiatrists and Narcologists of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; email: mscience@ukr.net

MALIUTA Liana, Junior Researcher of "INPN of the NAMS of Ukraine" SI, Kharkiv, Ukraine; e-mail: lmaluta@ukr.net

Л. Н. Юр'єва

ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ПРОГРАММЫ ПРОФИЛАКТИКИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У СПЕЦИАЛИСТОВ, РАБОТАЮЩИХ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Л. М. Юр'єва

Освітні програми профілактики синдрому вигорання у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я

L. M. Yur'eva

Educational programs on burnout prevention among healthcare professionals in mental health field

В статье описывается авторская образовательная программа профилактики синдрома выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья. Приведены данные исследования распространенности и выраженности синдрома выгорания, ряд характеристик ментальности и эмоционального состояния врачей — психиатров и наркологов и выделены причины, санкционирующие его формирование.

Программа построена с учетом специфики работы специалистов сферы охраны психического здоровья и с учетом двух периодов медицинского образования: периода обучения в медицинском вузе (додипломное образование) и периода последипломного образования (этап обучения в интернатуре и этапы прохождения курсов повышения квалификации). Описаны образовательные стратегии превенции выгорания и методология ее осуществления в двух направлениях: информационном и обучающем.

Ключевые слова: образовательные программы профилактики синдрома выгорания, специалисты психиатрических учреждений, додипломное и последипломное образование, методология

У статті описується авторська освітня програма профілактики синдрому вигорання у фахівців, що працюють в сфері охорони психічного здоров'я. Наведено дані дослідження поширеності та вираженості синдрому вигорання, низку характеристик ментальності та емоційного стану лікарів-психіатрів і наркологів і виокремлені причини, що санкціонують його формування. Програма побудована з урахуванням специфіки роботи фахівців сфери охорони психічного здоров'я та з урахуванням двох періодів медичної освіти: періоду навчання в медичному виші (додипломної освіти) і періоду післядипломної освіти (етап навчання в інтернатурі та етапи проходження курсів підвищення кваліфікації). Описано освітні стратегії превенції вигорання і методологія її здійснення в двох напрямках: інформаційному та навчальному.

Ключові слова: освітні програми профілактики синдрому вигорання, фахівці психіатричних установ, додипломна та післядипломна освіта, методологія

The article describes original educational program on burnout prevention among mental health professionals. Data is provided on prevalence and degree of burnout syndrome, characteristics of mentality and emotional condition of psychiatrists and addiction professionals as well as reasons for burnout development. Program is developed considering work specifics of mental healthcare professionals and considering two periods of medical education: study in medical university (graduate) and post-graduate (internship and/or residency training and CME). Educational strategies on burnout prevention and methodology are focused on two directions: informational and educational.

Keywords: educational programs on burnout prevention, mental health professionals, graduate and post-graduate education, methodology

Принятие Комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013—2020 годы на 66-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения (май 2013 г.) и Европейского плана действий по охране психического здоровья (сентябрь 2013 г.) является ярким примером роста приоритетности проблемы охраны психического здоровья населения в мире [3, 6]. Еще в 2005 году на Европейской конференции ВОЗ подчеркивалось, что стресс, связанный с работой, является важной проблемой примерно для одной трети трудящихся стран Европейского союза и стоимость решения проблем, связанных с психическим здоровьем, составляет в среднем 3—4 % валового национального дохода [2].

Поэтому в последнее десятилетие особое внимание уделяется охране психического здоровья работающих специалистов, в том числе и в медицинских учреждениях. В резолюции Всемирной ассамблеи здравоохранения «Здоровье работающих: глобальный план действий 2008—2017» профилактика синдрома выгорания отнесена к одной из значимых тем, напрямую связанных с проблемой охраны психического и физического здоровья работающего человека [4]. 10 октября 2017 года Всемирный День психического здоровья был посвящен теме «Психическое здоровье на рабочем месте». В вышеперечисленных документах подчеркивается приоритетность действий, направленных на профилактику, на региональном и национальном

уровнях и приветствуется международное сотрудничество в этом направлении [7].

Изучение проблемы профессионального выгорания у лиц, работающих в сфере охраны психического здоровья, и разработка профилактических и коррекционных программ для этих специалистов осуществляется на кафедре психиатрии факультета последипломного образования ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины» с 1996 года по настоящее время. В данной статье акцент сделан на профилактическом аспекте этой проблемы.

Разработка образовательных программ по профилактике эмоционального выгорания и их внедрение в практику проходили в три этапа.

На первом этапе изучались проблемы специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, которые вносят существенный вклад в формирование синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала.

Для изучения и анализа этих показателей автором была предложена программа исследований, включающая анкетирование по специально разработанному опроснику, проведение неструктурированного интервью и фокус-групп с лицами, работающими в сфере охраны психического здоровья. В опросник были включены 39 вопросов, направленных на изучение социодемографических показателей, ряда психологических характеристик, динамики мировоззренческих установок и религиозности, удовлетворенности своей

професійною діяльністю, деяких характеристик ментальності та емоційного стану, домінуючої терапевтичної ідеології та культурних особливостей української психіатричної служби та інші.

З метою дослідження поширеності синдрому вигорання та для об'єктивізації ступеня його вираженості наряду з анкетуванням лікарів були досліджені за допомогою психологічного тесту «Методика діагностики рівня емоційного вигорання» (В. В. Бойко).

За даною програмою було досліджено 223 лікарів-психіатрів та наркологів з трьох областей Східної України (Дніпропетровська, Кіровоградська, Запорізька).

В результаті дослідження було виявлено, що 7,6 % респондентів розцінювали своє стан як «депресивне», 4,5 % — відзначали «втрату сенсу життя», 16,6 % — відзначали у себе песимізм, у 26 % опитаних були суїцидальні думки. Серед осіб, відзначивши у себе суїцидальні думки, 8 % підкреслили, що вони відвідували їх «часто і дуже часто».

Слід зазначити, що при анкетуванні наявність синдрому вигорання відзначили у себе тільки 8,5 % докторів. Однак, при психологічному тестуванні частота спеціалістів з синдромом вигорання різної ступеня вираженості була виявлена у 79 % лікарів. Виявлені кореляції зі стажом роботи, статтю, віком та терапевтичною ідеологією. Рідше всього синдром вигорання зустрічався у молодих спеціалістів зі стажом роботи до 5 років (66,7 %), частіше — у спеціалістів з робочим стажем 10—14 років (86,7 %).

При оцінці ступеня вираженості синдрому вигорання (згідно трьохфазного ранжирования) повністю сформована 1-а фаза (фаза напруження) була виявлена у 7 % респондентів, 2-а фаза (фаза резистентності) — у 36 %, а 3-я (фаза виснаження) — у 6 % докторів.

Враховуючи на себе увагу те, що вже у молодих спеціалістів є ознаки синдрому вигорання. Друга фаза синдрому вигорання вже повністю сформована у 38 % молодих спеціалістів і знаходиться в стадії формування ще у 23,8 % молодих докторів.

Серед досліджуваних нами лікарів на стадії формування 3-ї фази синдрому вигорання (фази виснаження) знаходилось 29 % респондентів, а повністю сформована 3-я фаза була діагностована у 6 % докторів. Лікарі зі стажом роботи в психіатрії 4—9 років мають найбільш виражені ознаки синдрому вигорання. Крім того, серед докторів зі стажом більше 15 років велика частота осіб, що знаходяться на етапі формування кінцевої стадії вигорання, яка пов'язана не тільки соціальною дезадаптацією, вираженою професійною деформацією, невротичними та афективними розладами, але й психосоматичними захворюваннями.

Проведений кореляційний аналіз даних анонімного анкетування, неструктурованих інтерв'ю та фокус-груп з вираженістю синдрому вигорання дозволив виявити ряд причин, потенційно викликають вигорання.

Причини, санкціонує розвиток синдрому вигорання, були структуровані в 5 кластерів:

— обумовлені взаємодіями в колективі та ролями стосунками.

— обумовлені особливостями роботи з пацієнтами, страждальними психічними та поведінковими розладами.

— обумовлені терапевтичною ідеологією та культурними особливостями української психіатричної служби.

— обумовлені особливостями спеціаліста.

— обумовлені особливостями освітнього процесу в медичних закладах.

Студентів та лікарів навчають різноманітними медичними технологіями, націленими на допомогу пацієнту, але мало говорять про вплив професійних вимог на самого лікаря. Відповідно до державної навчальної програми з медичної психології для студентів вищих медичних навчальних закладів III—IV рівня акредитації, тільки в розділі «Психологія медичних працівників», вивченню якого відведено всього 3 години, є згадка про синдром вигорання та шляхи його запобігання [5].

На другому етапі були створені та впроваднені в педагогічний процес освітні програми запобігання синдрому вигорання.

Рекомендації ВОЗ з профілактики синдрому вигорання та дані власних досліджень, представлені в монографії «Професійне вигорання у медичних працівників: формування, профілактика, корекція», лежать в основі створення освітніх програм, метою яких є первинна профілактика емоційного вигорання у працівників психіатричних служб [12, 14].

Програма побудована не тільки з урахуванням специфіки роботи спеціалістів сфери охорони психічного здоров'я, але й з урахуванням переходу на систему безперервного професійного навчання та двох періодів медичного навчання: періоду навчання в медичному закладі (додипломне навчання) та періоду післядипломного навчання.

Період додипломного навчання

Первинна профілактика синдрому вигорання повинна починатися ще в час навчання в закладі та включати два основні напрями: інформаційний та навчальний. Студентів необхідно готувати до реальної лікарської діяльності з її неминувими фрустраціями, розчаруваннями, рутинізацією роботи, щоб у подальшому уникнути «шоку реальності».

1. *Інформаційний напрямок.* При вивченні різних клінічних дисциплін доцільно давати студентам інформацію про вимоги до фізичного та психологічного стану, які необхідні для успішної роботи в тій чи іншій області медицини, джерелах емоційного стресу при роботі з різними групами пацієнтів, а також про фактори ризику розвитку вигорання та його профілактику. В цьому випадку здоровий спосіб життя, в найширшому сенсі цього поняття, стане невід'ємною частиною професійного мислення студента-лікаря.

2. *Навчальний напрямок.* На етапі додипломного навчання цілеспрямовано навчати студентів базовим навикам професійної комунікації, мінімальним навикам психологічної захисту, первинним навикам само- та взаємодопомоги. Ці навички доцільно відпрацьовувати на кожній клінічній кафедрі з урахуванням специфіки пацієнтів. На циклі з медичної психології та психіатрії знання про професійне вигорання у медичних працівників та психології взаємодій в системі «лікар — сестра — пацієнт — родичі» повинні

быть расширены. В настоящее время, когда на смену принципу патернализма в медицине пришёл принцип сотрудничества, предполагающий информирование пациента обо всех этапах лечения и получение от него согласия на проведение лечебных процедур, требования к продуктивным коммуникативным навыкам врача возрастают.

Таким образом, заканчивая медицинский вуз, врач уже будет иметь базовые знания о профессиональных деформациях и их профилактике, первичные навыки само- и взаимопомощи, а также навыки профессиональной коммуникации.

Период последипломного образования

Период последипломного образования включает в себя два этапа: этап обучения в интернатуре и этапы прохождения курсов повышения квалификации. Как показывает наш опыт, наиболее реальным и продуктивным периодом для рассмотрения многочисленных проблем профессионального выгорания и его профилактики являются периоды обучения врачей-психиатров на очной части прохождения интернатуры и на циклах тематического усовершенствования.

Этап обучения в интернатуре

Период обучения в интернатуре является основным этапом профессионализации, в течение которого проблема профессионального выгорания должна быть рассмотрена очень подробно, с учетом специфики работы с психически больными людьми.

Оптимальным подходом к обучению молодого специалиста является личностно ориентированная подготовка с акцентом на развитие личности врача и формирование его продуктивных взаимоотношений с пациентами.

1) Информационное направление.

На лекциях или/и семинарских занятиях целесообразно рассмотреть следующих тем:

1. Влияние профессиональной деятельности на личность врача.
2. Масштаб проблемы профессионального выгорания медицинских работников. Акцент делается на специалистах, работающих в сфере охраны психического здоровья.
3. Факторы, санкционирующие и лимитирующие развитие профессионального выгорания.
4. Характеристика синдрома выгорания и его признаки.
5. Динамика развития синдрома профессионального выгорания и модель его формирования.
6. Особенности синдрома выгорания у сотрудников психиатрических служб (психиатры, наркологи, психотерапевты, телефонные консультанты, социальные работники, средний и младший медицинский персонал).
7. Особенности терапевтического альянса врача, медицинского персонала, пациента и его родственников в психиатрических службах.
8. Коррекция и профилактика профессионального выгорания.

2) Обучающее направление.

Осуществляется на практических занятиях в форме тренингов и групповых занятий, на которых интерны обучаются:

1. коммуникационным навыкам при общении с пациентами и их родственниками;
2. выработке уверенности в себе;
3. техникам релаксации и их освоению;

4. техникам, направленным на повышение переносимости человеком профессионального стресса (аутогенная тренировка, «прививка от стресса», систематическая десенсибилизация и т. п.);

5. техникам контроля собственного времени (методика Time management);

6. принципам проведения дебрифинга после критической ситуации (на примере ситуации совершения агрессивного акта и суицида пациентом психиатрической больницы).

Для выявления синдрома выгорания и уровня его выраженности было проведено психологическое тестирование (при добровольном согласии интернов). С молодыми докторами, у которых выявлены признаки выгорания, проводили коррекционные мероприятия.

Этапы обучения на курсах повышения квалификации

На курсах повышения квалификации врачи — психиатры и наркологи — знакомятся с информацией о профессионогенезе и профессиональных кризисах личности врача, с факторами, определяющими профессиональный успех, со стратегиями поведения в профессиональной среде и в кризисной ситуации, а также с программами профилактики и коррекции выгорания. Обсуждаются проблемы, характерные для специалистов с разным стажем работы, и пути их преодоления [9, 11].

С учетом причин, санкционирующих развитие синдрома выгорания, которые были выявлены на 1-м этапе работы, с врачами обсуждаются стратегии профилактики и коррекции синдрома выгорания по следующим направлениям:

1. Стратегии, направленные на коррекцию личностных особенностей специалиста и фокусирующиеся на уровне персонала.
2. Стратегии, фокусирующиеся на терапевтической идеологии и особенностях медицинской субкультуры.
3. Стратегии, направленные на коррекцию взаимоотношений в коллективе.
4. Стратегии, фокусирующиеся на особенностях работы с психически больными.

При проведении фокус-групп обсуждаются стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала при суициде в психиатрическом отделении, проводятся дискуссии о юридической ответственности врача. Например, на тему «Может ли синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб быть обстоятельством, смягчающим юридическую ответственность?» [10, 13].

Обучающие программы могут осуществляться в различной форме, иметь разную продолжительность и различное содержание. Они могут проводиться для группы специалистов из одной организации (например, для врачей отделений и больниц для принудительного лечения, для врачей-наркологов, для специалистов, работающих с ВИЧ-инфицированными пациентами) или для группы специалистов из разных медицинских учреждений. В каждом конкретном случае в тематике должна быть отражена профессиональная специфика именно этой группы слушателей.

К сожалению, в дальнейшем только те психиатры, которые специализируются в области психотерапии, глубоко изучают свои психологические защиты, анализируют феномены, возникающие при общении с пациентом, периодически участвуют в тренингах, группах личностного роста, то есть профессионально занимаются профилактикой и коррекцией выгорания у себя.

Диагностика синдрома выгорания и первые этапы коррекции могут быть проведены у врачей-курсантов в период прохождения курсов повышения квалификации (по их желанию). Как показывает наш опыт, врачи охотно (в некоторых случаях анонимно) тестируются на предмет диагностики синдрома выгорания и в дальнейшем получают консультации.

На третьем этапе нами была разработана компьютерная программа «Опросник "Оценка и прогнозирование реформ в сфере охраны психического здоровья"» [1].

Опросник состоит из 31 вопроса и содержит 6 разделов: 1) демографические и профессиональные характеристики респондентов; 2) качество жизни и социальное функционирование пациентов с различными психическими и поведенческими расстройствами; 3) организация психиатрической и психологической помощи населению в современных условиях; 4) некоторые характеристики ментальности и эмоционального состояния специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья; 5) проблемы и трудности в профессиональной деятельности и образовании специалистов на современном этапе; 6) особенности работы врачей психиатрических учреждений и медицинских психологов с лицами, пережившими стресс социальных изменений.

В четвертом и пятом разделах респондентам предлагается ответить на вопросы, касающиеся некоторых характеристик их ментальности и эмоционального состояния, оценить уровень собственной теоретической и практической подготовки, оценить влияние работы в современных социальных условиях на степень эмоционального выгорания, а также рассмотреть вопросы, касающиеся механизмов психологической защиты, используемых медицинскими работниками [8].

Последний раздел опросника посвящен работе специалистов психиатрических учреждений с лицами, перенесшими социально-стрессовые расстройства (беженцы и переселенцы, участники антитеррористической операции).

Разработанная нами программа позволяет создать банк данных для выявления проблем и изменений, происходящих в структуре и организации психиатрической помощи и в работе практического врача. Полученные данные позволили выявить уровень психического и социального функционирования сотрудников психиатрических служб в современных условиях. С помощью нее была сформирована группа риска по развитию синдрома выгорания среди врачей и медицинских психологов, с которыми целесообразно проводить профилактические и коррекционные мероприятия. В настоящее время проводится анализ полученных данных и пересмотр образовательных программ для последипломного образования специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья.

Ключевым ресурсом лечебного учреждения является медицинский персонал. Медицинские работники обеспечивают результативность деятельности лечебно-профилактического учреждения, что возможно не только при их высокой профессиональной компетентности, но и при высоком потенциале их здоровья и мотивации.

Профилактика синдрома выгорания особенно актуальна в период проведения реформ, которые приводят к интенсификации профессиональной деятельности и сопряжены с рядом юридических и организационных изменений. С учетом нарастающего дефицита медицинских кадров в Украине (в том числе и сотрудников психиатрических служб), увеличением их среднего

возраста, социальной и профессиональной нестабильностью, возросшей эмоциональной и физической нагрузкой на рабочем месте, разработка и внедрение на государственном уровне программ обучения по профилактике и коррекции профессионального выгорания у специалистов, работающих в сфере охраны психического здоровья, должны стать приоритетными.

Список литературы

1. А. С. Комп'ютерна програма «Опитувальник "Оцінка та прогнозування реформ у сфері охорони психічного здоров'я"» / Л. М. Юр'єва, С. Г. Носов, А. Є. Ніколенко, Н. Ю. Філоненко (Україна). № 72087; опубл. 18.05.2017.
2. Европейская декларация по охране психического здоровья: Проблемы и пути их решения // Европейская конференция ВОЗ на уровне министров по охране психического здоровья. Хельсинки, Финляндия, 12—15 января 2005 г. 5 с. EUR/04/5047810/6.
3. Европейский план действий по охране психического здоровья, 2013—2020 гг. / ВОЗ, Европейский Региональный комитет. Шестидесят третья сессия. Чешме, Измир, Турция, 16—19 сентября 2013 г. 26 с. EUR/RC63/11 + EUR/RC63/Conf.Doc./8.
4. Здоровье работающих: глобальный план действий / ВОЗ. 2007 г. WNA60.26.
5. Медична психологія : навчальна програма для студентів вищих медичних навчальних закладів III—IV рівня акредитації спеціальностей «Лікувальна справа», «Педіатрія», «Медико-профілактична справа». Київ, 2013.
6. Проект комплексного плана действий в области психического здоровья на 2013—2020 гг. / ВОЗ. Шестидесят шестая сессия Всемирной Ассамблеи Здравоохранения 2013. 38 с. A66/10 Rev.1.
7. Психическое здоровье на рабочем месте [Электронный ресурс] : Информационный листок / ВОЗ. Октябрь 2017 г. Режим доступа : http://www.who.int/mental_health/in_the_workplace/ru/
8. Л. Н. Юр'єва, С. Г. Носов, Ніколенко А. Е. Использование опросника «Психическое здоровье населения, психиатрическая и психологическая помощь в современных социальных условиях» в практике последипломного образования // Материалы VIII Международной учебно-методической конференции. Чебоксары, 31 октября 2016 г. С. 370—372.
9. Юр'єва Л. Н. Кризисы профессиональной деятельности врача и пути их преодоления // Здоров'я України. 2017. № 2 (41). С. 23—24.
10. Юр'єва Л. Н., Юр'єв А. Е. Может ли синдром выгорания у сотрудников психиатрических служб быть обстоятельством, смягчающим юридическую ответственность? // Новости медицины и фармации. 2015. № 531. С. 52—54.
11. Юр'єва Л. Н. Профессиогенез и профессиональные кризисы личности врача // Выгорание и профессионализация : сб. науч. тр. Курск. гос. ун-та. Курск, 2013. С. 414—434.
12. Юр'єва Л. Н. Профессиональное выгорание у медицинских работников: формирование, профилактика и коррекция : монография. Киев : Сфера, 2004. 272 с.
13. Юр'єва, Л. Н. Суицид в психиатрической больнице: стратегии профилактики психической дезадаптации у медицинского персонала // Суицидология. 2014. Т. 4 (17). С. 32—36.
14. Primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders [Electronic Resource] / WHO. Geneva, 1998. URL : http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42043/1/924154516X_eng.pdf

Надійшла до редакції 27.09.2017 р.

ЮР'ЄВА Людмила Миколаївна, доктор медичних наук, професор, завідувачка кафедри психіатрії факультету післядипломної освіти Державного закладу «Дніпропетровська медична академія Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

YURIEVA Liudmyla, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Psychiatry Department Faculty of Postgraduate Education of State Establishment "Dnipropetrovsk Medical Academy of Health Ministry of Ukraine", Dnipro, Ukraine; e-mail: lyuryeva@a-teleport.com

УДК 616.892-082-085

В. С. Білоус

ЕФЕКТИВНІСТЬ РАНЬОГО ВТРУЧАННЯ У ПРОДРОМАЛЬНУ СТАДІЮ ПСИХОЗУ

В. С. Білоус

Эффективность раннего вмешательства в продромальную стадию психоза

V. S. Bilous

An efficacy of the early intervention in the prodromal stage of psychosis

У роботі наведена програма раннього втручання у продромальну стадію психозу, яка розроблена на ґрунті клініко-психопатологічних та психодіагностичних досліджень.

Програма включає етапи діагностики, активного втручання та підтримувальних впливів.

Базовими методами є фармакотерапія (нейролептики, антидепресанти, засоби загальнозміцнювальної дії), психотерапія (когнітивно-поведінкова, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, клієнт-центрована та сімейна психотерапія), соціально-середовищний та соціально-побутовий супровід.

Зіставлення отриманих результатів з результатами традиційного лікування свідчить про вищу ефективність розробленої програми та перспективність її впровадження.

Ключові слова: продромальна стадія психозу, раннє втручання, клініко-психопатологічні та психодіагностичні дослідження

В работе представлена программа раннего вмешательства в продромальную стадию психоза, которая разработана на основе клинико-психопатологических и психодиагностических исследований.

Программа включает этапы диагностики, активного вмешательства и поддерживающих воздействий.

Базовыми методами являются фармакотерапия (нейролептики, антидепрессанты, средства общеукрепляющего действия), психотерапия (когнитивно-поведенческая, терапия искусством и творческим самовыражением, клиент-центрированная и семейная психотерапия), социально-экологическое и социально-бытовое сопровождение.

Сопоставление полученных результатов с результатами традиционного лечения свидетельствует о более высокой эффективности разработанной программы и перспективности ее внедрения.

Ключевые слова: продромальная стадия психоза, раннее вмешательство, клинико-психопатологические и психодиагностические исследования

In the article, it is presented a program of the early intervention in the prodromal stage of psychosis. This program was worked out on the base of clinical-psychopathological and psychodiagnostic investigations.

The program includes phases of diagnosis, active intervention, and maintaining measures.

Basis methods are pharmacotherapy (neuroleptics, antidepressants, medications of restraining action), psychotherapy (cognitive-behavioral, art and creative expressional therapy, person-oriented and family psychotherapy), social-environmental and social-daily life support.

A comparison of the results obtained with results of the traditional treatment has suggested that the developed program is more effective and its implementation is promising.

Key words: prodromal stage of psychosis, early intervention, clinical-psychopathological and psychodiagnostic investigations

Основної стратегією в умовах зростання психічної патології серед населення є раннє виявлення цих розладів та своєчасне медичне втручання. Перш за все, це стосується психозів загалом, і шизофренії зокрема, як найбільш інвалідизуючих психічних захворювань [2—4, 6, 7, 11].

У цьому сенсі особливе значення надається ранньому втручання у продромальну стадію психозу, яке дозволяє запобігти розвитку патологічного процесу, зберегти соціальне функціонування й якість життя пацієнтів [1, 5, 8—10].

Метою дослідження стало розроблення системи заходів раннього втручання у психоз у пацієнтів з параноїдною шизофренією та гострим поліморфним психотичним епізодом на ґрунті вивчення їх психопатологічних та патопсихологічних закономірностей.

Були обстежені 137 пацієнтів з вперше виявленим психозом:

1) 65 пацієнтів (2—3-я госпіталізація) — з діагнозом параноїдна шизофренія (ПШ) (F20.0);

2) 72 пацієнти (перша госпіталізація) — з діагнозом гострий поліморфний психотичний розлад (ГППР) (F23.0, F23.1).

Усі хворі були обстежені як у форматі реального часу, так і ретроспективно.

З урахуванням клініко-психопатологічних, клініко-діагностичних та патопсихологічних особливостей, виявлених у пацієнтів у продромальному періоді психозу (ППП) при ПШ та ГППР, у цієї роботи було розроблено програму раннього втручання з метою профілактики розвитку гострого психозу у цього контингенту хворих.

Основними завданнями цієї програми є:

1) клінічна діагностика продромального періоду гострого психозу й аналіз стану соціально-психологічних особливостей хворих на ПШ та ГППР;

2) купірування проявів продуктивної симптоматики ППП у хворих на ПШ та ГППР;

3) корекція проявів негативної симптоматики ППП у хворих на ПШ та ГППР;

4) лікування супутньої психічної патології;

5) корекція особистісних розладів і соціально-психологічної дезадаптації хворих на ПШ та ГППР у ППП;

6) відновлення і збереження особистісного і соціального ресурсу хворих на ПШ та ГППР.

У розробленій програмі раннього втручання у ППП використовуються підходи і принципи, зазначені у таблиці 1.

Програма раннього втручання при ППП у пацієнтів з ПШ та ГППР складається з трьох етапів (рисунок):

1. етап клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики;

2. етап активного втручання;

3. етап підтримувальних впливів.

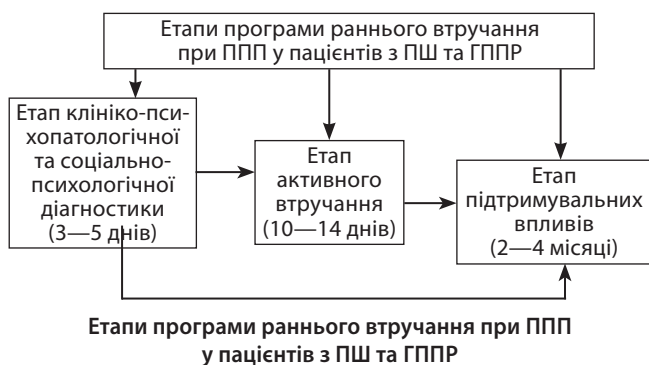
Для кожного етапу визначено місце проведення та фахівці, які беруть участь у лікуванні.

І. Етап клініко-психопатологічної та соціально-психологічної діагностики

На цьому етапі проводять збір і аналіз анамнестичних даних, вивчення преморбідних особистісних особливостей осіб з ППП, уточнюють клінічні особливості ППП і форму його перебігу, визначають можливі етіологічні чинники, динаміку і вираженість психопатологічних проявів ПШ та ГППР.

Таблиця 1. Основні підходи і їхній зміст, що використовувалися у програмі раннього втручання при ППП у пацієнтів з ПШ та ГППР

Основний підхід	Зміст основного підходу
1. Ресурсно орієнтований підхід	спрямований на відновлення та збереження психічного, особистісного і соціального ресурсу хворих з цієї психічною патологією. Цей ресурс характеризує стан саногенних чинників, які протистоять розвитку психозу і формуванню дефіцитарних наслідків при ПШ та ГППР
2. Диференційований підхід	Диференційований підхід у профілактиці гострого психозу у ППП дозволяє проводити відбір методик та засобів профілактики залежно від продромальних особливостей (клініко-психопатологічних, клініко-динамічних і патопсихологічних) психозу у хворих на ПШ та ГППР
3. Системний підхід:	дозволяє реалізувати втручання як складну соціально-біологічну систему, що потребує комплексного застосування медичних, психологічних і соціальних заходів
3.1. Персоніфікованість;	Принцип персоніфікованості у системному підході дозволяє розробляти програму раннього втручання у ППП у хворих на ПШ та ГППР з урахуванням індивідуальних факторів формування гострого психозу у цій категорії хворих
3.2. Мультидисциплінарність втручань;	Використання цих принципів у системному підході дозволяє проводити ранню діагностику ППП та здійснювати превентивні заходи щодо попередження психозу у медичних установах за участю лікарів загальної практики, лікарів-психіатрів, лікарів-психотерапевтів, психологів, соціальних працівників, працівників служб зайнятості
3.3. Єдність біологічних, психологічних та соціальних методів лікування;	Оптимальне поєднання фармакологічних, психотерапевтичних, соціальних та інших методів профілактики гострого психозу у хворих на ПШ та ГППР, що дозволяє впливати на всі ланки гострого психозу у хворих цієї категорії патогенезу
3.4. Безперервність та етапність лікування	Поетапне проведення безперервного втручання, що включає у себе як заходи, що проводяться з метою профілактики гострого психозу, так і з метою профілактики подальших загострень та наростання дефіцитарних змін психіки хворого внаслідок основної психічної патології



Проводять оцінювання соматичного і неврологічного статусу, соціального статусу (стан професійної адаптації, задоволеність сімейними відносинами і залученість у соціальне життя на роботі і в суспільстві та ін.), рівня соціальної фрустрації осіб з ППП.

Діагностичні методи, використовувані на цьому етапі:

1) клініко-психопатологічний метод (збір скарг, анамнезу, вивчення симптомів і синдромів у динаміці);

2) психометричні методи (шкали: продромальних симптомів SOPS, визначення клініко-динамічного варіанту перебігу ППП, структуроване інтерв'ю для оцінювання преморбідного статусу — PAS-SI; за потребою — PANSS і шкали суїцидального ризику);

3) психодіагностичні методики (опитувальник К. Леонгарда — Г. Шмішека для визначення акцентуацій характеру; методика діагностики рівня соціальної фрустрованості Л. І. Вассермана у модифікації В. В. Бойка; методика оцінки інтеграційного показника якості життя);

4) методи неврологічного та терапевтичного клінічного й інструментального обстеження;

5) інтерв'ювання пацієнта, його близьких, колег по роботі, робота з медичною документацією з метою уточнення анамнестичних даних і визначення соціального (професійного) статусу хворого.

Тривалість етапу складає 3—5 днів.

II. Етап активного втручання

Засоби, що використовують на цьому етапі: фармакологічні засоби, раціональна і кризова психотерапія, спрямовані на корекцію ППП.

1. Фармакотерапія другого етапу програми раннього втручання при ППП.

1.1. ППП у хворих на ПШ:

— застосування атипичних антипсихотиків при наявності згоди пацієнта (оланзапін у дозі 5—10 мг/добу або рисперидон у дозі до 2 мг/добу протягом 3—4-х тижнів з подальшим переходом на підтримувальну фармакотерапію третього етапу програми).

1.2. ППП у хворих на ГППР:

— застосування «малих» антипсихотиків (хлорпро-тиксен 100 мг/добу) або атипичних антипсихотиків (рисперидон у дозі 1 мг/добу) протягом 2—3-х тижнів з подальшим переходом на підтримувальну фармакотерапію третього етапу програми;

— транквілізатори (за потребою).

2. Психотерапія другого етапу програми раннього втручання у ППП.

2.1. Індивідуальну раціональну психотерапію проводять курсом 2—3 тижні з щоденним відвідуванням лікаря-психотерапевта.

Використання індивідуальної раціональної психотерапії на другому етапі програми раннього втручання у продромальну стадію психозу дозволяє досягти:

1) підвищення критики до свого стану;

2) посилення психологічної настанови на профілактичні заходи, спрямовані на попередження розвитку гострого психозу.

2.2. У рамках екстреної психотерапевтичної допомоги при суїцидальній поведінці у ППП використовують індивідуальну кризову психотерапію курсом 5—7 щоденних консультативних зустрічей.

Тривалість етапу складає 10—14 днів.

III. Етап підтримувальних впливів

Методи, які використовують на цьому етапі, спрямовані на підтримувальну терапію і відновлення соціального та професійного статусу:

— фармакологічні засоби (нейролептики, антидепресанти, препарати загальнозміцнювальної дії і т. ін.);

— індивідуальна і групова психотерапія (КБП, терапія мистецтвом і творчим самовираженням, клієнт-центрована розмовна психотерапія, прогресивна м'язова релаксація, сімейна психотерапія);

— соціально-середовищний і соціально-побутовий супровід хворих (соціально-психологічне консультування, корекція взаємин у колективі, раціональна психотерапія).

Засоби, що використовують на третьому етапі розробленої програми, підбирають з урахуванням клінічних особливостей, а також стану соціально-психологічної адаптації.

Тривалість етапу — 2—4 місяці.

Оцінювання ефективності розробленої програми раннього втручання у ППП проводили порівняно з тра-

диційними методами підтримувального лікування при ПШ та ГППР.

Критеріями ефективності використання розробленої програми були динаміка психічного стану пацієнтів, їхніх особистісних властивостей, соціально-психологічної адаптації, соціального і професійного статусу, а також якості життя обстежуваних.

В апробації розробленої програми раннього втручання брали участь 38 хворих з клінічними і патопсихологічними ознаками ППП. Контрольну групу складала 35 хворих на ПШ та ГППР на етапі першого психотичного епізоду.

Основна група хворих пройшла курс терапії за розробленою програмою раннього втручання у ППП, контрольна група хворих — курс традиційного лікування при ПШ та ГППР.

Основним критерієм, що оцінює ефективність розробленої програми раннього втручання, була динаміка психічного стану, соціального функціонування та якості життя осіб у продромальному періоді психозу (табл. 2).

Таблиця 2. Клінічна ефективність терапії хворих на ПШ та ГППР у ППП

Критерії оцінки клінічної ефективності терапії	Основна група (n = 38)		Контрольна група (n = 35)	
	абс.	% ± m %	абс.	% ± m %
Повний регрес клінічних ознак ППП (відсутність ознак прогресивності психозу)	20	52,6 ± 4,9*	10	28,6 ± 3,4
Поліпшення психічного стану (регрес клінічних ознак ППП, ймовірність гострого психозу мінімальна)	5	13,2 ± 1,3	5	14,3 ± 2,0
Відсутність позитивної динаміки психічного стану (відсутність динаміки у клініці ППП, висока ймовірність гострого психозу)	8	21,1 ± 1,9	9	25,7 ± 3,2
Погіршення психічного стану (розвиток гострого психозу)	5	13,2 ± 1,3	11	31,4 ± 3,7**
Суїцидальна поведінка (суїцидальні думки, рішення, намір і т. ін.)	3	7,9 ± 0,8	7	20,0 ± 2,6**
Рівень суїцидального ризику (M ± σ, бали)	3	98,5 ± 21,9 (низький)	14	177,8 ± 44,5* (середній)

Примітка: різниці статистично вірогідні: * — при $p < 0,05$; ** — при $p < 0,01$

За даними, наведеними у таблиці 2, слід зазначити, що у результаті використання розробленої програми раннього втручання у ППП виявлені такі зрушення:

1) у 52,6 % випадків відбувся повний регрес клінічних ознак ППП (відсутність ознак прогресивності психозу), тоді як у результаті використання курсу традиційного лікування у хворих контрольної групи повний регрес клінічних ознак ППП спостерігався лише у 28,6 % випадків (при $p < 0,05$);

2) у 31,4 % випадків у хворих контрольної групи відбулося погіршення психічного стану (розвиток гострого психозу), тоді як після використання розробленої програми раннього втручання у ППП у хворих основної групи розвиток гострого психозу спостерігався лише у 13,2 % випадків (при $p < 0,01$);

3) поліпшення психічного стану виявлено у однакової кількості обстежуваних у групах (13,2 % і 14,3 %). Відсутність позитивної динаміки частіше реєструвалася у контрольній групі (25,7 % і 21,1 %).

Проаналізувавши клінічні, психологічні, соціальні та професійні результати профілактичного лікування хворих на ПШ та ГППР у продромі психозу, отримані під час використання розробленої програми раннього втручання у продромальну стадію психозу і традиційного лікування, можна зробити висновок про вищу ефектив-

ність розробленої програми у профілактиці гострого психозу у хворих на ПШ та ГППР у продромальному періоді психозу.

Список літератури

1. Марута, Н. А. Первый эпизод психоза (диагностика, лечение, организация помощи) // Украинський вісник психоневрології. 2007. Т. 15, вип. 1 (50). С. 21—25.
2. Модель организации социально-психологической помощи пациентам, страдающим шизофренией: методические рекомендации / Т. А. Солохина, В. С. Ястребов, Л. С. Шевченко и [др.]. Москва : МАКС Пресс, 2012. 32 с.
3. Состояние психического здоровья населения и тенденции развития психиатрической помощи на постсоветском пространстве / П. В. Морозов, Н. Г. Незнанов, О. В. Лиманкин [и др.] // Журнал психиатрии и психотерапии им. П. Б. Ганнушкина. 2014. № 06. С. 4—10.
4. Перший психотичний епізод: система екзистенційно-особистісного відновлення хворих : методичні рекомендації / Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна [та ін.]. Київ ; Донецьк, 2013. 32 с.
5. Попадопулос, Т. Ф. Острые эндогенные психозы [Электронный ресурс]. 2014. Режим доступа: <http://www.koob.ru>.
6. Психиатрическая помощь больным шизофренией : клиническое руководство / под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича, С. Н. Мосолова, А. Б. Шмуклера. Москва : ИД «Медпрактика-М». 2007. 260 с.

7. Семке, А. В., Зинчук М. С. Негативные расстройства у больных параноидной шизофренией // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. № 4. С. 29—33.

8. Preventing progression to first-episode psychosis in early initial prodromal states / A. Bechdolf, M. Wagner, S. Ruhrmann, [et al.] // Br. J. Psychiatry. 2012. № 200. P. 22—29.

9. Australian Mental Health Outcomes and Classification Network "Sharing Information to Improve Outcomes": Review of Recovery Measures. Version 1.01 / [Ph. Burgess, J. Pirkis, T. Coombs, A. Rosen]. 2010. 78 p.

10. Fusar-Poli, P. Voxel-wise meta-analysis of fMRI studies in patients at clinical high risk for psychosis // J. Psychiatry Neurosis. 2012. Vol. 37(2). P. 106—112.

11. EPA guidance on the quality of mental health services / W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen [et al.] // Eur. Psychiatry. 2012. Vol. 27(2). P. 87—113.

Надійшла до редакції 21.09.2017 р.

БІЛОУС Володимир Сергійович, асистент кафедри психіатрії, наркології та медичної психології Тернопільського державного медичного університету, м. Тернопіль, Україна; e-mail: mscience@ukr.net

BILOUS Volodymyr, Assistant of Department of Psychiatry, Narcology and Medical Psychology of the Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine; e-mail: mscience@ukr.net

УДК 616.85-039-07-008.447

М. М. Денисенко

АДДИКТИВНА ПОВЕДІНКА ПРИ НЕВРОТИЧНИХ РОЗЛАДАХ (клініко-психопатологічна характеристика та лікування)

М. М. Денисенко

Аддиктивное поведение при невротических расстройствах (клинико-психопатологическая характеристика и лечение)

М. М. Denysenko

Addictive behavior in neurotic disorders (clinical-psychopathological characteristics and therapy)

Подано результати комплексної оцінки аддиктивного стану хворих на невротичні розлади. Встановлено, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування станів залежності. Окрім того, хворі на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади виявляються більш схильними до накопичення різних варіантів залежностей (формування «мультиморбідних» станів). Як найбільш «аддиктивно небезпечний» невротичний розлад визначено дисоціативні розлади. Структуру аддикцій як у хворих на невротичні розлади, так і у здорових осіб очолюють: залежність від тютюну, їжі, Інтернету та роботи/навчання, що відображає загальнопопуляційні тенденції аддиктивного стану нашого суспільства. Особливості аддиктивного стану хворих на невротичні розлади полягають в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в більшій частотній представленості та варіабельності аддиктивних об'єктів.

Ключові слова: аддикції, невротичний розлад, коморбідність, мультиморбідність

Представлены результаты комплексной оценки аддиктивного состояния больных с невротическими расстройствами. Установлено, что больные с невротическими расстройствами более склонны к формированию состояний зависимости. Кроме того, больные с диссоциативными и тревожно-фобическими расстройствами более склонны к накоплению разных вариантов зависимостей (формированию «мультиморбидных» состояний). В качестве наиболее «аддиктивно опасного» невротического расстройства признаны диссоциативные расстройства. Структуру аддикций, как у больных с невротическими расстройствами, так и у здоровых, возглавляют: зависимость от табака, еды, Интернета и работы/обучения, что отражает общепопуляционные тенденции аддиктивного состояния нашего общества. Особенности структуры аддикций больных с невротическими расстройствами заключаются в последовательности размещения «распространенных» аддикций, а так же в большей частотной представленности и вариабельности аддиктивных объектов.

Ключевые слова: аддикции, невротическое расстройство, коморбидность, мультиморбидность

The results of a comprehensive evaluation of the addictive condition in patients with neurotic disorders. It was found that patients with neurotic disorders are more prone to the formation of addictive behavior. In addition, patients with dissociative and anxiety and phobic disorders are more prone to the accumulation of different options dependencies (the formation of "multimorbid" addiction). As the most "dangerous addictive" neurotic disorders recognized dissociative disorders. The structure of addictions, both in patients with neurotic disorders, and healthy, head: dependence on tobacco, food, internet and work / study, which reflects the general population of addictive tendencies state of our society. The structure features of addiction in patients with neurotic disorders are in the sequence of placement "common" addiction, as well as a greater frequency representation and variability addictive objects.

Keywords: addiction, neurotic disorder, comorbidity, multimorbid

Сучасні психічні розлади, окрім стрімкого поширення, характеризуються також значним клініко-психопатологічним патоморфозом, практичною відсутністю класичних клінічних форм та поширеністю коморбідної психічної патології [1—3]. В загальній структурі психічних захворювань переважна частка належить неспихотичним психічним розладам, що пов'язані, перш за все, зі стресовими, психотравмуючими факторами, зниженням адаптаційних ресурсів особистості в сучасних умовах геополітичних змін, загроз терористичних актів, військових конфліктів та загалом стрімким темпом життя та інфор-

маційного прогресу [2, 4]. Зокрема, в структурі сучасних невротичних розладів усе частіше спостерігаються ознаки аддиктивної поведінки [5, 6]. Одним із найчастіших варіантів коморбідності є поєднання невротичної хвороби з аддиктивними розладами. Зокрема, стани залежності від різних об'єктів вживання фіксуються у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 %, хворих на тривожно-фобічні розлади, та у 56,52 % хворих на неврастенію. Проте, даних щодо клінічних особливостей, перебігу, формування невротичних розладів з коморбідними аддикціями в літературі немає, що створює певні труднощі в діагностиці та терапії подібних станів та зумовлює актуальність та доцільність запропонованої роботи.

Зазначене вище зумовлює актуальність, доцільність та мету цього дослідження — визначити клініко-психопатологічну характеристику у хворих на невротичні розлади з аддиктивною поведінкою.

В рамках дослідження обстежено 202 особи, серед яких 150 хворих на невротичні розлади (49 осіб з тривожно-фобічними розладами (F40.8), 55 — зі змішаними дисоціативними (конверсійними) розладами (F44.7) та 46 — з неврастенією (F48.0)), а також 52 особи без невротичного розладу, далі по тексту — «здорові».

Для виявлення особливостей формування та перебігу невротичного розладу у хворих використовували анамнестичні дані.

Як інструментарій дослідження для комплексного оцінювання різних варіантів та вираженості аддиктивної поведінки в обстежуваних осіб використовували систему AUDIT-подібних тестів [7]. Для аналізу отриманих даних застосовували методи описової та порівняльної статистики з використанням комп'ютерних програм Excel та SPSS for Windows 15.0.

Оцінювання вираженості аддиктивних тенденцій у обстежуваних осіб проводили відповідно до запропонованих в AUDIT-тестах градацій (діапазонів вираженості аддиктивних тенденцій): 0 балів — відсутність досвіду

вживання; 1—7 балів — відносно безпечне вживання; 8—15 балів — небезпечне «ризикове» вживання; 16—19 балів — вживання, що супроводжується шкідливими наслідками; 20—40 балів — наявність клінічної залежності.

Отримані частоти результатів дослідження щодо запропонованих градацій наведено в таблиці.

Згідно з отриманими даними, у хворих на невротичні розлади, незалежно від нозологічної групи, вірогідно частіше діагностувалась наявність станів залежності (показники за даними AUDIT-тестів більше ніж 20 балів), порівняно з загальною популяцією населення. Зокрема, серед хворих на дисоціативні розлади наявність залежності фіксувалась у 61,82 %, серед хворих на неврастенію — в 56,52 %, серед хворих на тривожно-фобічні розлади — в 56,52 %, порівняно зі «здоровими» особами — 40,38 %, при $p < 0,0087$, $p < 0,0390$ та $p < 0,0458$, відповідно. Окрім цього, відсутність ознак аддиктивної поведінки (до 16 балів) вірогідно рідше діагностувалась у хворих на дисоціативні розлади в 21,8 %, порівняно зі «здоровими» — 38,46 %, при $p < 0,0294$. Тобто, отримані дані свідчать, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування станів аддиктивної залежності. При цьому найбільш «аддиктивно небезпечними» виявляються дисоціативні розлади.

Результати діагностики станів аддиктивної залежності за AUDIT-подібними тестами у здорових осіб та хворих на невротичні розлади (за даними частотного аналізу)

Показники	Частоти ознак в групах порівняння (абс./%)			
	Здорові $n = 52$	Хворі		
		F40.8 $n = 49$	F44.7 $n = 55$	F48.0 $n = 46$
Наявність залежності (більше ніж 20 балів)	21/40,38	28/57,1*	35/63,64**	26/56,52**
Граничний рівень вживання (вживання зі шкідливими наслідками на рівні 16—19 балів)	11/21,15	7/14,3	8/14,55	4/8,7
Відсутність аддиктивної поведінки (до 16 балів)	20/38,46	14/28,57	12/21,8	16/34,78
Діагностовано «чисту» залежність (один об'єкт залежності)	15/28,85	12/24,5	14/25,45	15/32,61
Діагностовано «мультиморбідну» залежність (більше ніж один об'єкт залежності)	6/11,54	16/32,65**	21/38,18*	11/23,91**

Примітка. Вірогідність різниць між групами на рівні: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$

За показниками граничного рівня вживання (тобто вживання зі шкідливими наслідками на рівні 16—19 балів) статистичних різниць між групами порівняння отримано не було.

Аналіз результатів AUDIT-тестів також показав, що в деяких випадках у однієї особи діагностувалась наявність більш ніж одна залежність, тобто «мультиморбідна» залежність, що вірогідно частіше спостерігалось серед хворих на дисоціативні (38,18 %) та тривожно-фобічні (32,65 %) розлади, порівняно зі здоровими особами (11,54 %), при $p < 0,0011$ та $p < 0,0073$, відповідно. Отримані дані свідчать про те, що хворі на дисоціативні та тривожно-фобічні розлади схильні до накопичення різних станів залежності.

Графічно структуру виявлених аддикцій обстежуваних осіб наведено на рисунку 1 (відсоток осіб, у яких було діагностовано наявність клінічної залежності, тобто більше ніж 20 балів за AUDIT-тестами).

Як видно з наведених даних, до топ-п'ятірки найбільш поширених аддикцій всіх обстежуваних осіб, незалежно від груп порівняння, увійшли такі об'єкти вживання:

тютюн, їжа, Інтернет і робота/навчання, що відображає переважання в пацієнтів соціально прийнятих пристрастей. Різниця між групами порівняння полягала в поглибованості розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в кількості різновидів та частотній представленості аддиктивних станів.

Зокрема, здорові особи найчастіше виявляли залежність від тютюну (17,31 %), Інтернету (9,62 %), роботи/навчання (7,69 %), їжі (7,69 %), комп'ютерних ігор (5,77 %), телебачення (5,77 %) та чаю або кави (3,35 %). Можливо, перелічені варіанти аддикцій поєднують в собі як активуючу, так і седативну дію на емоційний стан.

У хворих на невротичні розлади стани залежності діагностувались не тільки частіше, ніж у здорових, але і в більш широкому діапазоні варіантів. Загалом варіанти об'єктів аддиктивних вподобань хворих на невротичні розлади цілком відображали характер та специфіку невротичного розладу. Зокрема, в структурі аддикцій хворих на тривожно-фобічні розлади першість займає залежність від їжі (22,45 %), що відображає тенденцію «заїдати» тривогу.

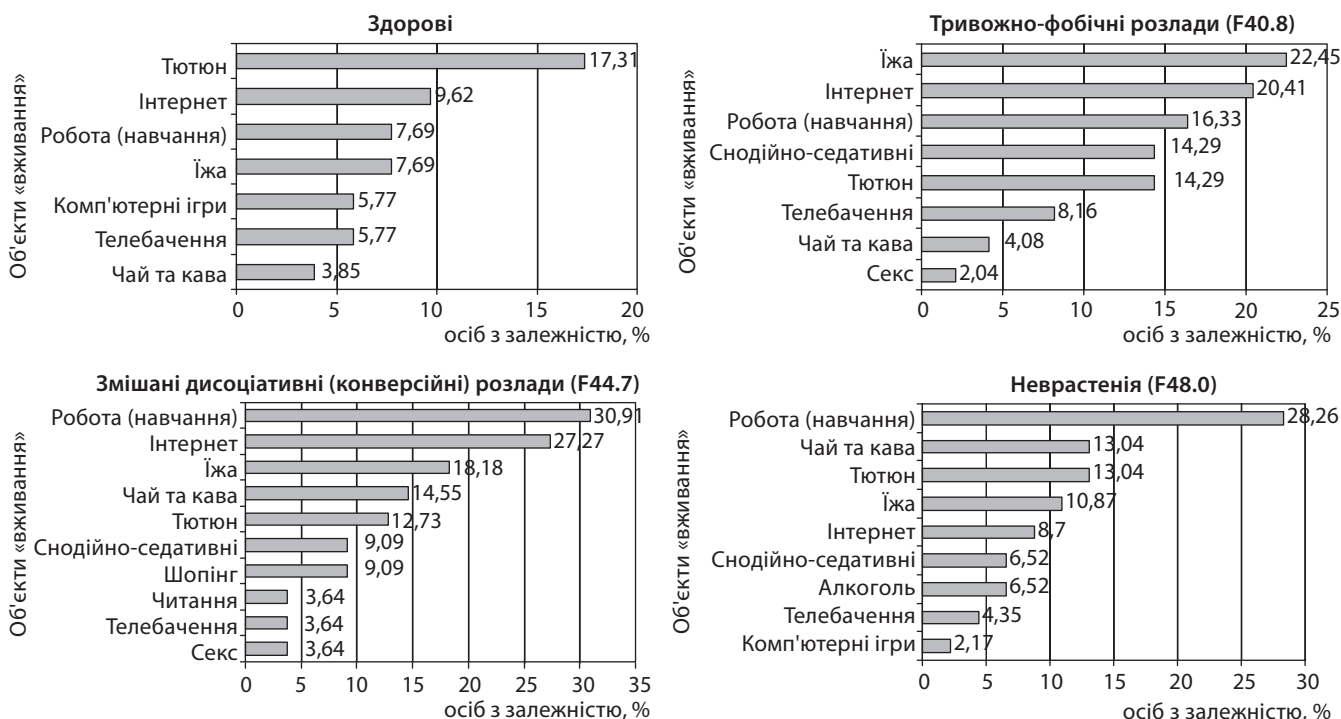


Рис. 1. Структура аддикцій в обстежених групах осіб

Далі йдуть аддикції, що також спрямовані на дію «відволікання від тривожних почуттів» та їх седативні: Інтернет-залежність (20,41 %), залежність від роботи/навчання (16,33 %), залежність від снодійно-седативних речовин (14,29 %) та тютюну (14,29 %). Окрім того, в структурі аддикцій хворих на тривожні розлади також наявні залежності від перегляду телевізійних програм (ТП) (8,15 %), чаю/кави (4,08 %) та сексу (2,04 %).

Хворі на дисоціативні розлади характеризувались найбільшою варіабельністю виявлених аддикцій. Найбільш питому вагу в структурі аддикцій у хворих цієї групи займали залежності від роботи/навчання (30,91 %) та Інтернету (27,27 %). Наступними були «оральні» варіанти залежностей: залежність від їжі (18,18 %), чаю/кави (14,55 %), тютюну (12,73). Крім того, фіксувались також залежності від снодійно-седативних речовин (9,09 %), від шопінгу (9,09 %), читання (3,64 %), телебачення (3,64 %) та сексу (3,64 %). Загалом усі перелічені варіанти аддикцій можна охарактеризувати як ті, що дозволяють знизити емоційне напруження або відволіктись від нього.

У хворих на неврастенію в структурі аддикцій також переважала залежність від роботи/навчання (28,26 %), наступними були «оральні» варіанти залежностей: від чаю/кави (13,04 %), тютюну (13,04 %) та їжі (10,87 %), які найчастіше супроводжують захоплення роботою. До перелічених аддикцій у хворих на неврастенію також додавались залежності від алкоголю (6,52 %) та снодійно-седативних речовин (6,52 %). Окрім того, у хворих цієї групи також діагностувались аддикції у вигляді Інтернет-залежності (8,7 %), залежності від перегляду ТП (4,35 %) та залежності від комп'ютерних ігор (2,17 %). Варто зауважити, що аддикції хворих на неврастенію мають як емоційно седативний, так і емоційно стимулювальний характер (компонент азарту в випадку з комп'ютерними іграми).

Окрім цього, хворі на невротичні розлади також характеризуються високою ймовірністю поєднання декількох станів залежності.

Згідно з отриманими даними, статистично доведено, що серед хворих на тривожно-фобічні та дисоціативні розлади вірогідно частіше спостерігались «поєднані» (коморбідні) варіанти залежностей (в 32,65 % та 38,18 % випадків), порівняно зі здоровими (в 11,54 % випадків), при $p < 0,0073$; $p < 0,0011$, відповідно. У хворих на неврастенію наявність «коморбідних» станів залежності також фіксувалась дещо частіше (в 23,91 % випадків), ніж серед здорових (в 11,54 % випадках), але лише на рівні тенденції (без статистичної різниці). Треба зазначити, що найчастіше у хворих на тривожно-фобічні розлади спостерігалось поєднання станів залежності від їжі та Інтернету (в 12,24 % випадків), порівняно зі здоровими, у яких подібне поєднання спостерігалось лише в 1,9 % випадків, при $p < 0,0422$. У хворих же на дисоціативні розлади найчастіше поєднувались такі стани залежності: залежність від роботи/навчання та Інтернету (в 16,36 % випадків); залежність від їжі та Інтернету (в 10,9 % випадків); залежність від чаю/кави з залежністю від їжі (в 9,09 % випадків), від роботи (в 9,09 % випадків) та Інтернету (в 7,27 % випадків). Хворі на неврастенію найчастіше виявляли поєднання станів залежності від роботи/навчання та чаю/кави (в 6,62 % випадків), а також залежностей від тютюну та алкоголю (в 6,62 % випадків). У практично здорових осіб спостерігались лише поодинокі варіанти поєднання різних станів залежностей (на рівні лише 3,8 та 1,9 % випадків).

Індекс сполучення об'єктів «вживання» розраховували за такою формулою: $I_c = N_{comb}/N_{given}$, де N_{given} — кількість осіб в групі з залежністю від окремо заданого об'єкта «вживання»; N_{comb} — сумарна кількість випадків наявності сполучення залежності від заданого об'єкта «вживання» з залежностями від інших об'єктів вживання серед осіб групи обстеження.

Обчислювали узагальнений показник «сполучення» аддикцій як середній бал за всіма об'єктами «вживання», що аналізували для кожної групи обстеження (рис. 2), а індекс сполучення розраховували окремо за конкретними об'єктами вживання (рис. 3).

Згідно з отриманими даними, найбільшим показником сполучення аддикцій характеризувались хворі на змішані дисоціативні розлади ($I_c = 1,14$), майже вдвічі меншим показник сполучення аддикцій виявився у хворих на неврастенію ($I_c = 0,62$) та тривожно-фобічні розлади ($I_c = 0,57$). Серед практично здорових осіб показник сполучення аддикцій був найменшим ($I_c = 0,25$), а саме більш ніж у чотири рази менший, ніж у хворих на дисоціативні розлади, і більш ніж в двічі менший, ніж у хворих на неврастенію та тривожно-фобічні розлади.

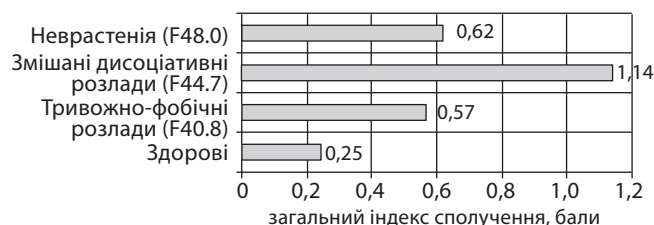


Рис. 2. Загальний показник (середній бал) індексу сполучення аддикцій у обстежуваних осіб

Тобто, хворі на невротичні розлади характеризувались схильністю до «накопичення» різних варіантів залежностей, яка найбільш вираженою виявлялась саме у хворих на дисоціативні розлади.

На рисунку 3 наведено рейтинги індексів сполучення окремо за конкретними об'єктами вживання для кожної з груп обстежуваних.

Наведені показники свідчать про середню кількість аддикцій, окрім тієї, що аналізується, у респондентів конкретної групи. Як вже зазначалося вище, у практично здорових осіб зафіксовано найнижчі показники індексів сполучення залежностей, з яких найвищим є індекс сполучення за об'єктом «вживання» комп'ютерні ігри ($I_c = 1,0$), тобто особи без невротичних розладів з залежністю від комп'ютерних ігор мають в середньому ще одну аддикцію від інших об'єктів «вживання». Інші об'єкти вживання у практично здорових осіб за індексом сполучення не перетинають поріг в 1,0 бал і дорівнюють: Інтернет ($I_c = 0,8$); їжа ($I_c = 0,75$); телебачення ($I_c = 0,67$); чай/кава ($I_c = 0,5$); робота/навчання ($I_c = 0,5$) та тютюн ($I_c = 0,33$).

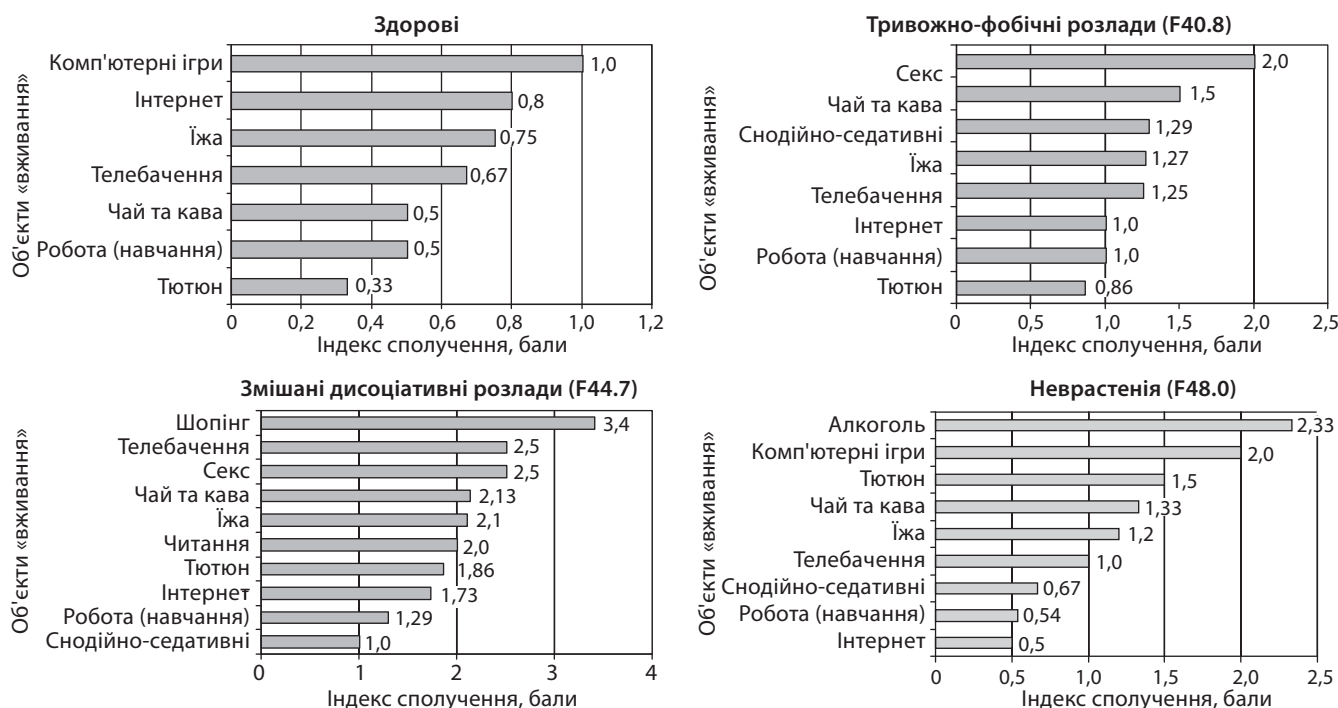


Рис. 3. Індекси сполучення різних об'єктів «вживання» в обстежуваних осіб

Зовсім інша картина спостерігається у хворих на невротичні розлади. Зокрема, у хворих на тривожно-фобічні розлади вже 7 об'єктів «вживання» характеризуються сполученням з ще однією і більше залежностями ($I_c \geq 1$). За рейтингом індексів сполучення аддикцій у хворих на тривожно-фобічні розлади на першій позиції був секс ($I_c = 2,0$), тобто хворі з тривожно-фобічними розладами, які виявилися залежними від сексу, мають в середньому ще 2 залежності від інших об'єктів. Далі за рейтингом «сполучення» у хворих цієї групи йдуть чай/кава ($I_c = 1,5$), снодійно-седативні-препарати ($I_c = 1,29$), їжа ($I_c = 1,27$), телебачення ($I_c = 1,25$), Інтернет ($I_c = 1,0$), робота ($I_c = 1,0$) та тютюн ($I_c = 0,86$).

У хворих на дисоціативні розлади спостерігається найбільша кількість, а саме 10 об'єктів вживання, що поєднуються ще з однією і більше залежностями ($I_c \geq 1$).

Найвищий індекс сполучення у хворих цієї групи належить шопінгу ($I_c = 3,4$), тобто хворі на дисоціативні розлади, що залежні від шопінгу, мають в середньому ще 3—4 залежності від інших об'єктів вживання. Також здатними «притягувати» до себе інші аддикції у хворих на дисоціативні розлади виявилися телебачення ($I_c = 2,5$), секс ($I_c = 2,5$), чай/кава ($I_c = 2,13$), їжа ($I_c = 2,1$), читання ($I_c = 2,0$), тютюн ($I_c = 1,86$), Інтернет ($I_c = 1,73$), робота/навчання ($I_c = 1,29$) та снодійно-седативні препарати ($I_c = 1,0$).

У хворих на неврастенію дещо менша кількість, порівняно з іншими формами неврозів, а саме 5 об'єктів «вживання» характеризуються сполученням ще з однією і більше залежностями. Перше місце за рівнем сполучення у хворих на неврастенію займає алкоголь ($I_c = 2,33$), далі йдуть комп'ютерні ігри ($I_c = 2,0$), тютюн ($I_c = 1,5$), чай/кава ($I_c = 1,33$), їжа ($I_c = 1,2$) і телебачення ($I_c = 1,0$).

Загалом за результатами аналізу показників індексу сполучення варто ще раз підкреслити, що хворі на невротичні розлади більш схильні, з одного боку, до формування станів залежності, з іншого — до накопичення декількох аддикцій одночасно. Лідером в накопиченні аддиктивних станів є змішані дисоціативні розлади.

Розроблений комплекс терапії, який включав техніки екзистенціальної психотерапії та проблемно-орієнтованої терапії, що застосовували у поєднанні з фармакотерапією (хлорпроксен, карбамазепін), використовували 24 дні у стаціонарних умовах, 2 місяці — амбулаторно. Основними критеріями ефективності терапевтичного комплексу були редукція тривожно-фобічної симптоматики та ознак вживання (після лікування клінічні ознаки залежностей реєструвалися у 10,2 % пацієнтів, $p < 0,001$).

Результати проведеного комплексного аналізу особливостей аддиктивного статусу обстежених осіб дозволяють констатувати таке.

Виявлено, що хворі на невротичні розлади більш схильні до формування аддикцій: стани залежності від різних об'єктів вживання фіксуються у 61,82 % хворих на дисоціативні розлади, у 56,52 %, хворих на тривожно-фобічні розлади, та у 56,52 % хворих на неврастенію, порівняно зі «здоровими» особами — 40,38 %, при $p < 0,0087$, $p < 0,0390$ та $p < 0,0458$, відповідно.

Найбільш поширеними варіантами аддикцій в усіх групах порівняння є залежність від тютюну, їжі, Інтернету та роботи/навчання, що відображає загальнопопуляційні тенденції аддиктивного стану нашого суспільства.

Особливості аддиктивного стану хворих на невротичні розлади полягають в послідовності розташування «найпоширеніших» аддикцій, а також в більшій частотній представленості та варіабельності аддиктивних об'єктів. Зокрема, окрім загальнопопуляційних варіантів аддикцій у хворих на невротичні розлади також діагностувались стани залежності від снодійно-седативних препаратів (при всіх формах неврозів), сексу (при дисоціативних та тривожно-фобічних розладах), шопінгу та читання (при дисоціативних) та алкоголю (при неврастенії).

Встановлено, що хворі на невротичні розлади схильні до накопичення аддикцій, тобто до формування «поєднаних», коморбідних форм залежностей. Лідером в накопиченні аддиктивних станів є змішані дисоціативні розлади ($I_c = 1,14$), далі йдуть хворі на неврастенію ($I_c = 0,62$) та тривожно-фобічні розлади ($I_c = 0,57$), порівняно з практично

здоровими особами, показник сполучення аддикцій яких виявився найменшим ($I_c = 0,25$).

Ефективним комплексним терапевтичним засобом виявився комплекс психотерапії та фармакотерапії.

Список літератури

1. Стан психічного здоров'я населення та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / М. К. Хобзей, П. В. Волошин, Н. О. Марута [та ін.] // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, вип. 3 (72). С. 13—19.
2. Волошин П. В., Марута Н. А. Стратегия охраны психического здоровья населения Украины: современные возможности и препятствия // Там само. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
3. Чабан О. С. Патоморфоз неврозоз (клинико-психопатологические, социально-психологические и конституционально-биологические закономерности) : дис. ... д-ра мед. наук : 14.01.16 — Психиатрия / Украинский НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии. Харьков, 1997. 455 с.
4. Зільберблат Г. М. Реформування психіатричної служби крізь призму наркологічних проблем// Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 74—78.
5. Битенский В. С., Аймедов К. В., Пахмурный В. А. Клинико-психопатологические аспекты трансформации аддиктивного поведения в условиях «информационного взрыва» // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2006. № 1 (9). С. 161—167.
6. Клинико-психопатологические особенности тревожно-фобических расстройств с аддиктивными нарушениями / [Марута Н. А., Колядко С. П., Денисенко М. М., Каленская Г. Ю.] // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 2 (83). С. 115—116.
7. Система AUDIT-подобных тестов для комплексной оценки аддиктивного статуса индивида и популяции [Электронный ресурс] / Линский И. В., Минко А. И., Артемчук А. Ф., Гриневич Е. Г. [и др.] // Новости украинской психиатрии. Киев ; Харьков, 2009. Режим доступа : <http://www.psychiatry.ua/articles/paper313.htm>.

Надійшла до редакції 29.09.2017 р.

ДЕНИСЕНКО Михайло Михайлович, кандидат медичних наук, старший науковий співробітник відділу невідкладної психіатрії та наркології Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: mdenisenko@ukr.net

DENYSENKO Mykhailo, MD, PhD, Senior Researcher of the Department of Urgent Psychiatry and Narcology of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: mdenisenko@ukr.net

Т. Ю. Ільницька, І. А. Марценковський

**КЛІНІЧНИЙ ПАТОМОРФОЗ СИМПТОМІВ ГІПЕРКІНЕТИЧНОГО РОЗЛАДУ
ТА ПОСТТРАВМАТИЧНОГО СТРЕСОВОГО РОЗЛАДУ У ВЕТЕРАНІВ БОЙОВИХ ДІЙ НА СХОДІ УКРАЇНИ**

Т. Ю. Ильницкая, И. А. Марценковский

**Клинический патоморфоз симптомов гиперкинетического расстройства
и посттравматического стрессового расстройства у ветеранов боевых действий на Востоке Украины**

Т. Yu. Ilynska, I. A. Martsenkovsky

**Clinical pathomorphosis of symptoms of Hyperkinetic disorder and Post-traumatic stress disorder
in veterans of military operations in the East of Ukraine**

Основні симптоми гіперкінетичного розладу (ГКР) можуть видозмінюватися під впливом психологічної травматизації. Симптоми ГКР, асоційовані з порушеннями активності та уваги, часто призводять до модифікації перебігу посттравматичного стрессового розладу (ПТСР), зумовлюючи поліморфізм його клінічних проявів. Дослідження причинно-наслідкових зв'язків ГКР та ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних проявів і застосування відповідних інтервенцій може суттєво полегшити перебіг ГКР і ПТСР.

У дослідження включено 155 осіб. Усім рандомізованим пацієнтам було проведено напівструктуроване інтерв'ю для дорослих із застосуванням шкали повідомлень про ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) та шкали симптомів ПТСР (PTSD Checklist — Civilian Version — PCL-C), які доповнено даними клініко-анамнестичного та дворічного клініко-катамнестичного спостереження. Були сформовані дві порівняльні групи ветеранів бойових дій: 1) із гіперкінетичним розладом та окремими симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) із подвійною діагностикою гіперкінетичного та посттравматичного розладів ($n = 56$).

Через рік катамнестичного спостереження, після повторної рандомізації, у 6 пацієнтів першої групи симптоми зі спектра ПТСР посилюлися, що дало змогу діагностувати в них ПТСР.

За результатами катамнестичного дослідження у групі з пізньою маніфестацією ПТСР ми спостерігали посилення симптомів ГКР на тлі незначного збільшення проявів ПТСР, що супроводжувалося психопатизацією та тяжкими порушеннями поведінкової адаптації. У групі з подвійною діагностикою ГКР та ПТСР через деякий час посилювалась тяжкість як симптомів зі спектра ГКР, так і ПТСР. У клінічній картині насамперед з'являлися симптоми реперезивання та інтрузії. Отже, у пацієнтів другої групи спостерігався тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому після перенесеної травми періоді. Результати дослідження дають підстави розглядати ГКР як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

Ключові слова: гіперкінетичний розлад, гіперактивність, імпульсивність, порушення поведінки, посттравматичний стресовий розлад, учасники бойових дій

Основные симптомы гиперкинетического расстройства (ГКР) могут видоизменяться под влиянием психологической травматизации. Симптомы ГКР, ассоциированные с нарушениями активности и внимания, часто приводят к модификации течения посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), вызывая полиморфизм его клинических проявлений. Исследование причинно-следственных связей ГКР и ПТСР, патоморфоза их клинических проявлений и применение соответствующих интервенций может облегчить течение ГКР и ПТСР, а также улучшить состояние больного.

В исследование включено 155 человек. Всем рандомизированным пациентам проведено полуструктурированное интервью для взрослых с использованием шкалы сообщений о ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) и шкалы симптомов ПТСР (PTSD Checklist — Civilian Version — PCL-C), которые были дополнены данными клиничко-анамнестического и двухлетнего клиничко-катамнестического наблюдения.

Было сформировано две сравнительные группы ветеранов боевых действий: 1) с гиперкинетическим расстройством и отдельными симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) с гиперкинетическим расстройством и ПТСР ($n = 56$).

Через год катамнестического наблюдения у 6 пациентов первой группы симптомы из спектра ПТСР усилились, что позволило диагностировать у них ПТСР.

По результатам катамнестического исследования, в группе с поздней манифестацией ПТСР отмечалось усиление симптомов ГКР на фоне незначительного усиления симптомов ПТСР, что сопровождалось психопатизацией и тяжелыми нарушениями поведенческой адаптации. В группе с двойной диагностикой, ГКР и ПТСР, со временем нарастала тяжесть как симптомов из спектра ГКР, так и ПТСР. На первый план в клинической картине выходили симптомы реперезивания и интрузии. Таким образом, у пациентов второй группы наблюдалось более тяжелое течение ПТСР в отдаленном, после перенесенной травмы, периоде. Результаты исследования позволяют рассматривать ГКР как возможный предиктор формирования поведенческих расстройств при травматизации и более тяжелого течения ПТСР.

Ключевые слова: гиперкинетическое расстройство, гиперактивность, импульсивность, нарушения поведения, посттравматическое стрессовое расстройство, участники боевых действий

The main symptoms of hyperkinetic disorder (HKD) can be altered by the influence of psychological traumatism. Symptoms of HKD, associated with violations of activity and attention, often lead to a modification of the course of post-traumatic stress disorder (PTSD), causing the polymorphism of its clinical manifestations. The study of causal relationships of HKD and PTSD, the pathomorphosis of their clinical manifestations, and the use of appropriate interventions can greatly facilitate the course of HKD and PTSD. The study included 155 people. All randomized patients had a semi-structured adult interview using the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS-v1.1) and the PTSD Symptom Scale (PTSD Checklist — Civilian Version — PCL-C), supplemented by data clinic-anamnestic and biennial clinic-catamnestic observation. Were formed two comparative groups of combat veterans: 1) with hyperkinetic disorder and individual symptoms of PTSD ($n = 65$); 2) with double diagnosis of hyperkinetic and post-traumatic disorders ($n = 56$). After a year of catheter observation, after re-randomization, in 6 patients in the first group, the symptoms of the PTSD spectrum increased, which made it possible to diagnose PTSD in them.

According to the results of the catamnestic study in the group with the late manifestation of PTSD, we observed an increase in the symptoms of HKD against the backdrop of a slight increase in the manifestations of PTSD, accompanied by psychopathisation and severe violations of behavioral adaptation. In the group with double diagnosis of HKD and PTSD, the severity of both the symptoms of the HKD spectrum and PTSD increased over time. In the clinical picture, first of all there were symptoms of rebirth and intrusions. Thus, the patients in the second group a more severe course of PTSD in the remote post-traumatic period. The results of the study give grounds for considering HKD as a possible predictor of the formation of behavioral disorders in the course of traumatism and the more severe course of PTSD.

Key words: hyperkinetic disorder, hyperactivity, impulsivity, behavioral disorders, posttraumatic stress disorder, participants in hostilities

Основні симптоми гіперкінетичного розладу (ГКР), такі як гіперактивність, дефіцит уваги та імпульсивність, можуть видозмінюватися під впливом психологічної травматизації. Симптоми ГКР, асоційовані з порушеннями активності та уваги, часто призводять до модифікації перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР), зумовлюючи поліморфізм його клінічних проявів [1]. При подвійній діагностиці ГКР та ПТСР дослідники описують більш виражені реперезивання («флешбеки»), симптоми збудження та дефіциту уваги, проте менш поширені симптоми уникання, ніж у хворих на ПТСР без ГКР [2]. Беззаперечним є факт частоті коморбідності ГКР та ПТСР. В таких випадках можливе «накладання» симптомів одного розладу на симптоми іншого [3]. Дослідники описали два різновиди кореляційного зв'язку: між симптомами дефіциту уваги та симптомами збудження, уникання, анестезії та між гіперактивністю, імпульсивністю та симптомами психомоторного збудження та уникання. Дослідження причинно-наслідкових зв'язків ГКР та ПТСР, патоморфозу їхніх клінічних проявів і застосування відповідних інтервенцій може суттєво полегшити перебіг ГКР і ПТСР. Обмеженість проведених досліджень на зазначену тему та брак даних щодо детальнішого вивчення всіх симптомів обох розладів свідчать про необхідність подальшого вивчення вказаної коморбідності.

Мета дослідження: на ґрунті результатів анамнестичного та дворічного катамнестичного клінічного дослідження описати клінічний патоморфоз симптомів гіперкінетичного розладу та посттравматичного стресового розладу у ветеранів бойових дій на Сході України.

У дослідження включено 155 осіб чоловічої статі. Усім рандомізованим пацієнтам було проведено напівструктуроване інтерв'ю для дорослих із застосуванням шкали повідомлень про ГКР (Adult ADHD Self-Report Scale — ASRS-v1.1) та шкали симптомів ПТСР (PTSD Checklist — Civilian Version — PCL-C), які були доповнені даними клініко-анамнестичного та дворічного клініко-катамнестичного спостереження.

Щоб знизити ризики неявки на зустріч із лікарем, перед кожним візитом усі учасники дослідження в телефонному режимі отримали нагадування про заплановану зустріч. Однак через різні обставини на повторний візит не з'явилися 8 осіб (5,6 %). Через 2 роки на консультацію не приїхали 20 осіб (13 %). Крім того, із процесу дослідження були виключені особи, які протягом дослідного періоду вживали медикаментозні засоби для лікування симптомів психічних

розладів — 6 осіб (3,4 %). Загальна кількість осіб, що через різні причини не завершили дослідження, становила 34 особи (22 %). Зрештою, дослідження закінчила 121 особа (78 %).

Після повторної рандомізації діагноз гіперкінетичного розладу підтверджено в 65 ветеранів, подвійна діагностика ГКР та ПТСР мала місце в 56 учасників бойових дій.

У такий спосіб було сформовано дві порівняльні групи ветеранів бойових дій: 1) із гіперкінетичним розладом та окремими симптомами ПТСР ($n = 65$); 2) із подвійною діагностикою гіперкінетичного та посттравматичного розладів ($n = 56$).

Загальний бал тяжкості симптомів ГКР за ASRS-v1.1 під час оцінювання на першому візиті становив $12 \pm 1,3$ балів у осіб із групи з ГКР і $17 \pm 2,2$ балів в осіб із групи з подвійною діагностикою ГКР і ПТСР. Через рік катамнестичного спостереження (під час другого візиту) тяжкість симптомів у першій групі становила $15 \pm 2,1$ балів, другій — $22 \pm 2,3$ бали. На третьому візиті середній бал за шкалою ASRS-v1.1 становив $18 \pm 1,3$ балів у пацієнтів із ГКР та $24 \pm 1,3$ бали у пацієнтів із ГКР та ПТСР. Варто зазначити, що в групі з подвійною діагностикою симптоми гіперактивності, імпульсивності та неувважності були більш виражені, рівень їх тяжкості значущо ($p < 0,05$) збільшувався протягом контрольованого дослідження.

Під час оцінювання за PCL-C учасники із першої порівняльної групи на першому візиті набрали $43 \pm 2,4$ бали, що свідчило про відсутність у них ПТСР на час рандомізації. Через рік катамнестичного спостереження (2-й візит) середня кількість балів за шкалою PCL-C становила $48 \pm 2,5$ балів, що також не підтверджувало наявності ПТСР. Під час третього оцінювання у пацієнтів першої групи середній бал за шкалою PCL-C становив $50 \pm 2,6$ балів. Зокрема, у 6 рандомізованих ветеранів виявлені підстави для додаткової діагностики ПТСР. Загальна динаміка показників середнього бала за шкалою PCL-C засвідчила статистично значуще посилення симптомів зі спектра ПТСР.

Тяжкість симптомів за шкалою PCL-C у ветеранів із другої порівняльної групи під час першого візиту становила $65 \pm 2,2$ балів, що вказувало на наявність у них ПТСР. На другому візиті (через рік) у пацієнтів із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР тяжкість симптомів за шкалою PCL-C зростала і середній бал досягав рівня $72 \pm 2,6$ бали, через два роки (3-й візит) середній бал у другій досліджуваній групі становив $81 \pm 2,6$ балів.

У таблиці наведено порівняльну динаміку тяжкості симптомів ГКР та ПТСР у ветеранів із ГКР в разі ранньої та відтермінованої маніфестації ПТСР.

Тяжкість симптомів ГКР за ASRS-v1.1 та ПТСР за PCL-C у динаміці

Симптоми	Пацієнти з ГКР, $n = 65$						Пацієнти з ГКР + ПТС			$P, n = 56$		
	1-й візит	2-й візит	3-й візит	$P_{1/2}$	$P_{2/3}$	$P_{1/3}$	1-й візит	2-й візит	3-й візит	$P_{1/2}$	$P_{2/3}$	$P_{1/3}$
Симптоми зі спектра ГКР	Кількість балів за ASRS-v1.1, $M \pm \sigma$						Кількість балів за ASRS-v1.1, $M \pm \sigma$					
Гіперактивність	$4 \pm 1,2$	$5 \pm 1,2$	$7 \pm 1,3$			*	$6 \pm 1,3$	$8 \pm 1,1$	$9 \pm 0,8$			**
Імпульсивність	$2 \pm 0,5$	$4 \pm 1,2$	$5 \pm 1,3$	*		**	$5 \pm 1,4$	$9 \pm 1,4$	$11 \pm 0,7$	**		***
Неувважність	$6 \pm 1,3$	$7 \pm 1,3$	$9 \pm 1,5$			*	$4 \pm 0,8$	$5 \pm 1,2$	$7 \pm 1,2$			**
Загальний бал	$12 \pm 1,3$	$15 \pm 2,1$	$18 \pm 2,3$	*		***	$17 \pm 2,2$	$22 \pm 2,3$	$24 \pm 1,3$	*		***
Симптоми зі спектра ПТСР	Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$						Кількість балів за PCL-C, $M \pm \sigma$					
Інтрузії	$12 \pm 1,5$	$14 \pm 1,6$	$16 \pm 1,6$			*	$17 \pm 1,4$	$21 \pm 1,6$	$23 \pm 1,6$	**		***
Уникання	$8 \pm 1,2$	$9 \pm 1,3$	$10 \pm 1,3$				$9 \pm 1,4$	$10 \pm 1,6$	$13 \pm 1,6$			***
Негативні думки	$9 \pm 1,3$	$11 \pm 1,6$	$11 \pm 1,4$				$10 \pm 1,9$	$19 \pm 2,3$	$21 \pm 1,6$	***		***
Підвищена реактивність	$14 \pm 0,5$	$14 \pm 1,6$	$16 \pm 1,6$				$18 \pm 0,8$	$22 \pm 1,6$	$24 \pm 1,6$	*		***
Загальний бал	$43 \pm 2,4$	$48 \pm 2,5$	$50 \pm 2,6$			*	$65 \pm 2,2$	$72 \pm 2,6$	$81 \pm 2,6$	***	***	***

Примітка: * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$

Отже, результати проведених досліджень дозволяють зробити такі висновки.

У групі ветеранів бойових дій із ГКР, який було діагностовано в ранні терміни після травматизації, протягом дворічного катамнестичного спостереження спостерігали посилення гіперактивності, імпульсивності та неухвильності на тлі незначного посилення проявів ПТСР. Зростання тяжкості проявів імпульсивності було більш значущим, ніж посилення гіперактивності та неухвильності. Отже, спостерігалася модифікація клінічного фенотипу розладу, яку можна розцінювати як набуття особистісних змін.

Симптоми ГКР у групі ветеранів із подвійною діагностикою ГКР та ПТСР при первинній рандомізації посилювалися значущо більше, ніж у пацієнтів без коморбідного ПТСР. У ветеранів групи з ранньою маніфестацією ПТСР спостерігали статистично значущі посилення симптомів інтрузії, уникання, вираженості негативних думок та підвищення реактивності. Така модифікація клінічного фенотипу розладу може свідчити про тяжкий перебіг ПТСР у віддаленому періоді після травматизації. Пацієнти з ранньою маніфестацією ПТСР на тлі ГКР у преморбіді у віддаленому періоді після травматизації мали більшу тяжкість симптомів, як ПТСР, так і ГКР.

Отже, під час катамнестичного дослідження в групах порівняння встановлено клінічний патоморфоз симптомів наявних розладів. Дослідження їхніх особливостей дає змогу розглядати ГКР як можливий предиктор формування поведінкових розладів при травматизації та більш тяжкого перебігу ПТСР.

Список літератури

1. Effect of Symptoms of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder on Symptoms of Post Traumatic Stress Disorder in Korean Conscripts / Dong-Yun Lee, Cheol-Soon Lee, Chul-Soo Park [et al.] // *Psychiatry Investig.* 2012. № 9(2). P. 154—160. doi: 10.4306/pi.2012.9.2.154.
2. Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders / J. D. Ford, R. Racusin, C. G. Ellis [et al.] // *Child Maltreatment.* 20005. № 3. P. 205—217. doi: 10.1177/1077559500005003001.
3. Relations between Post-traumatic Stress Disorder, Dissociation and Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder among Earthquake Survivors / O. Özdemir, M. Boysan, P. GüzelÖzdemir, E. Yilmaz // *Noro Psikiyatr Ars.* 2015. № 52(3). P. 252—257. doi: 10.5152/npa.2015.7616.

Надійшла до редакції 04.10.2017 р.

ІЛЬНИЦЬКА Тетяна Юріївна, аспірант Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології Міністерства охорони здоров'я України, м. Київ, Україна; e-mail: ilnitska@id-zu.com

МАРЦЕНКОВСЬКИЙ Ігор Анатолійович, кандидат медичних наук завідувач відділу психічних розладів дітей та підлітків Українського науково-дослідного інституту соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ, Україна; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

ІЛНІТСКА Tetiana, Postgraduate Student of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: ilnitska@id-zu.com

MARTSENKOVSKY Igor, MD, PhD, Head of Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Ukrainian Research Institute for Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine; e-mail: martsenkovsky_urisfpda@ukr.net

УДК [616.89-008.454:616-006-052]-036-08-084

С. В. Ісаєнко

МЕХАНІЗМИ ФОРМУВАННЯ СУЇЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОНКОЛОГІЧНО ХВОРИХ З ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

С. В. Ісаєнко

Механизмы формирования суицидального поведения у онкологических больных с депрессивными расстройствами

S. V. Isaienko

Mechanisms for the formation of suicidal behavior in oncology patients with depressive disorders

З метою вивчення особливостей депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих було проведено комплексне обстеження 154 онкологічно хворих з депресивними розладами.

Встановлено, що у формуванні суїцидальної поведінки онкологічно хворих провідну роль відіграють високі показники за клінічними шкалами тривоги і депресії, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті.

Ключові слова: суїцидальна поведінка, онкологічно хворі, депресивна реакція, депресивний епізод, органічний депресивний розлад

С целью изучения особенностей депрессивных расстройств и суицидального поведения у онкологических больных было проведено комплексное обследование 154 онкологических больных с депрессивными расстройствами.

Установлено, что в формировании суицидального поведения онкологических больных ведущую роль играют высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, высокий уровень суицидального риска и низкий уровень самосознания смерти.

Ключевые слова: суицидальное поведение, онкологические больные, депрессивная реакция, депрессивный эпизод, органическое депрессивное расстройство

In order to study the features of depressive disorders and suicidal behavior in oncology patients, a comprehensive survey of 154 oncology patients with depressive disorders was conducted.

It was established that in the formation of suicidal behavior of oncology patients, the leading role is played by high indicators on the clinical scale of anxiety and depression, the high level of suicidal risk and low level of self-awareness of death.

Keywords: suicidal behavior, cancer patients, depressive reaction, depressive episode, organic depressive disorder

Питання онкологічних захворювань у світі визнає на останніх сесіях ВООЗ пріоритетним у медицині. Наведений прогноз на 2020 рік пророкує зростання

кількості онкологічних хворих до 20 млн щорічних випадків. Захворюваність на злоякісні пухлини в Україні з кожним роком зростає [2—4].

Дані багатьох досліджень дозволяють розглядати депресивні розлади як один з важливих факторів

погіршення прогнозу онкологічного захворювання і підвищення смертності хворих на рак на 25 %. Крім того, деякі дослідження переконливо показують, що тривалість життя пацієнтів із злоякісними новоутвореннями різко скорочується при наявності симптомів депресії. Депресія, особливо тяжка, є важливим фактором, що сприяє бажанню пацієнта прискорити смерть, включаючи і відмову від протипухлинної терапії [1, 5—7].

Вищевикладене зумовило актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

Мета дослідження: вивчення механізмів формування та перебігу депресивних розладів та суїцидальної поведінки у онкологічно хворих.

Для досягнення поставленої мети з дотриманням принципів біоетики та медичної деонтології нами було проведено комплексне клініко-анамнестичне, клініко-психопатологічне та психодіагностичне обстеження 154 хворих обох статей (78 жінок та 76 чоловіків), у віці 25—55 років (середній вік — $43,0 \pm 2,0$ роки) з онкологічною патологією I та II стадії позамозкової локалізації, у яких було діагностовано депресивні розлади: розлади адаптації у вигляді депресивної реакції (F43.21, F43.22) — 48,4 %; помірного та важкого депресивного епізоду (F32.1, F32.2) — 38,2 %, органічного депресивного розладу (F06.32) — 13,4 %.

Основну групу склали 103 хворих з ознаками суїцидальної поведінки (56 жінок та 47 чоловіків), контрольну — 51 хворий без ознак суїцидальної поведінки (26 жінок та 25 чоловіків).

Усі обстежувані хворі (100 %) наголошували психотравматичність факту діагностування у них злоякісного новоутворення, вони відчували почуття небезпеки (69,3 %); тривоги (78,2 %) аж до паніки (45,8 %); депресію (72,9 %); страх смерті (66,8 %); безнадію (39,2 %) та апатію (38,2 %); відчай (35,6 %); втрату сенсу життя (35,2 %), відчуття гідності (29,8 %) та контролю над ситуацією (48,6 %); вони становилися замкнутими (44,6 %).

Дані клініко-психопатологічного дослідження дозволили виокремити такі особливості психічних розладів у обстежуваних хворих: пригніченість настрою й афект туги (нудьга, зневіра, смуток, сум), астеничний симптомокомплекс, внутрішнє напруження із неможливістю розслабитися, невмотивоване занепокоєння, тривога, схильність до бурхливих афективних реакцій зі сльозами, що часто переходять у ридання, різного роду страхи і нав'язливі спогади стресової ситуації, втрата інтересу до колишніх занять, ідеї самозвинувачення і самознищення, транзиторне зниження пам'яті. У низці випадків спостерігалася повна дисоціативна амнезія психотравмуючої ситуації, у 76,5 % обстежуваних виявлено різні розлади сну, у 79,5 % — вегетативна лабільність.

На ґрунті даних клініко-психопатологічного дослідження, залежно від кількості присутніх у клінічній картині психопатологічних симптомів і ступеня їхньої виразності, з урахуванням додаткового аналізу ступеня важкості депресивної і тривожної симптоматики за шкалами Гамільтона, Монтгомері — Асберга і лікарняною шкалою тривоги і депресії було виокремлено такі варіанти психопатологічної симптоматики: тривожний — у 44,2 % обстежених, астено-тривожний (38,9 %), астеничний (9,7 %), і тривожно-тужливий — у 7,3 % обстежених.

Під час аналізу клінічної симптоматики виявлені деякі гендерні відмінності: у жінок порівняно з чоловіками депресивні епізоди характеризувалися більшою вираженістю туги та іпохондричних проявів, частіше, ніж у чоловіків, виявлялися тенденції до вегетативних кризів,

тахікардії, аритмії. У чоловіків в клінічній структурі домінували тривожні прояви та дратівливість.

Вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів основної групи показало, що 31,1 % хворих с депресивною реакцією, 32,1 % хворих с депресивним епізодом, 28,9 % з органічним депресивним розладом здійснювали суїцидальні спроби; у 42,3 %, 48,5 % та 44,2 % хворих, відповідно, реєструвалися суїцидальні рішення та наміри; у 26,6 % хворих с депресивною реакцією, 19,4 % хворих с депресивним епізодом, 26,9 % з органічним депресивним розладом виявлено пасивні та активні суїцидальні думки, фантазування та переживання.

Згідно з даними клініко-психопатологічного дослідження, для осіб молодого віку, що скоїли суїцидальну спробу, найбільш типовими є такі особистісні риси: низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, яскраво виражене почуття провини, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, домагання особливої уваги, визнання.

Під час дослідження вираженості суїцидального ризику встановлено, що у хворих основної групи цей показник вірогідно перевищував такий в контролі ($42,7 \pm 2,7$ бали та $20,4 \pm 3,4$ бали). Водночас показник рівня самосвідомості смерті в основній групі складав $17,6 \pm 3,2$ бали, а в контрольній — $28,4 \pm 1,3$ бали). Отже, високий рівень суїцидального ризику та низький рівень самосвідомості смерті у онкохворих з депресивними розладами є передумовою формування суїцидальної поведінки.

Аналіз самооцінки вираженості аутоагресивних предикторів за Г. Я. Пилягіною показав, що для обстежених основної групи характерні високі рівні за шкалами аутоагресії та агресії, внутрішнього напруження, імпульсивності, звуження когнітивних функцій, при яких знижується критика до здійснюваних аутоагресивних вчинків, проблем міжособистісних комунікацій, афективних та вегетативних порушень, обстежені групи контролю демонстрували піки за шкалами афективних порушень.

Отже, як показали результати дослідження, маркерами суїцидального ризику в онкологічно хворих з депресивними розладами є високий рівень суїцидального ризику, низький рівень самоусвідомлення смерті, клінічні прояви тривоги і депресії за госпітальною шкалою, важка тривога і депресія за шкалою Гамільтона, великий депресивний епізод за шкалою Монтгомері — Асберга. При цьому індикаторами суїцидальної поведінки є низька комунікативність, замкнутість, тривожна мстивість, схильність до драматизації і негативної оцінки подій і фактів, неврівноваженість, підвищена чутливість, вразливість, відчуття ізоляції, відсутності соціальної підтримки.

На ґрунті отриманих у процесі роботи даних було розроблено та апробовано програму диференційованої профілактики суїцидальної поведінки у онкологічно хворих з депресивними розладами.

Список літератури

1. Кожина, Г. М., Коростій В. І., Зеленська К. О. Механізми формування та шляхи профілактики суїцидальної поведінки у хворих на депресивні розлади : монографія. Харків : ХНМУ, 2014. 64 с.
2. Маркова, М. В., Піонтовська О. В., Кужель І. Р. Стан та перспективи розвитку сучасної психоонкології // Український вісник психоневрології. 2012. Т. 20, № 4 (73). С. 86—91.
3. Мухаровська, І. Р. Особливості психоемоційного стану онкологічних хворих на етапі первинного лікування // Там само. 2016. Т. 24, № 4 (89). С. 69—71.

4. Савин, А. И., Володин Б. Ю. Особенности психогенно обусловленных психических расстройств и психологические характеристики онкологических больных при разных опухолевых локализациях (подход к проблеме) // Наука молодых — Eruditio Juvenium. 2015. № 3. С. 82—86.

5. Mutuality and specificity of mental disorders in advanced cancer patients and caregivers / K. Z. Bambauer, B. Zhang, P. K. Maciejewski [et al.] // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. 2006. Vol. 41, Issue 10. P. 819—824. doi: 10.1007/s00127-006-0103-x.

6. Maruta, N., Yatsyna A., Cherednyakova O. Gender specificity of clinical manifestations of depressive disorders in male patients // XVI World Congress of Psychiatry. Madrid, 2014. Vol. 4. P. 51.

7. The Andersen Model of Total Patient Delay: A Systematic Review of Its Application in Cancer Diagnosis / [F. Walter, A. Webster,

S. Scott, J. Emery] // Journal of Health Services Research & Policy. 2012. Vol. 17, Issue 2. P. 110—118. doi: 10.1258/jhsrp.2011.010113.

Надійшла до редакції 10.10.2017 р.

ІСАЄНКО Світлана Володимирівна, лікар-психіатр Комунального закладу охорони здоров'я Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна

ISAIENKO Svitlana, Physician-psychiatrist of Public Health Institution of Health Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No. 3, Kharkiv, Ukraine

УДК 616.895.8:615.214-08

А. В. Корж

ВПЛИВ ПОБІЧНОЇ ДІЇ НЕЙРОЛЕПТИКІВ НА ПРИХИЛЬНІСТЬ ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

А. В. Корж

Влияние побочных эффектов нейролептиков на приверженность к терапии больных параноидной шизофренией

A. V. Korzh

Influence of side effects of neuroleptics on adherence to therapy for patients with paranoid schizophrenia

У роботі наводяться результати вивчення особливостей впливу побічної дії нейролептиків/антипсихотиків на прихильність до лікування хворих на параноїдну шизофренію. В дослідженні на ґрунті використання шкали оцінки проявів побічної дії нейролептичних препаратів проведено об'єктивне вивчення параметрів з урахуванням ступеня вираженості порушень в різних системах і органах. Виявлені певні небажані явища з різним ступенем вираженості в психічній сфері, неврологічному стані, зокрема вегетативного походження; зміни в соматичному статусі, зокрема з боку шлунково-кишкового тракту. Установлено зворотний зв'язок між ступенем вираженості побічної дії препаратів і прихильністю хворих до терапії. Отримані дані дозволили об'єктивізувати ознаки переносимості засобів лікування та дають можливість прогнозувати ступінь медикаментозної комплаєнтності у хворих на параноїдну шизофренію.

Ключові слова: шизофренія, лікування, нейролептики, побічна дія, прихильність до терапії

В работе приводятся результаты изучения особенностей влияния побочного действия нейролептиков/антипсихотиков на приверженность к лечению больных параноидной шизофренией. В исследовании на основе использования шкалы оценки проявлений побочного действия нейролептических препаратов проведено объективное изучение параметров с учетом степени выраженности нарушений в различных системах и органах. Выявлены определенные нежелательные явления с различной степенью выраженности в психической сфере, неврологическом статусе, в том числе вегетативного происхождения; изменения в соматическом состоянии, в частности, со стороны желудочно-кишечного тракта. Установлена обратная связь между степенью выраженности побочных эффектов препаратов и приверженностью больных к терапии. Полученные данные позволили объективизировать признаки переносимости средств лечения и дают возможность прогнозировать степень медикаментозной комплаентности у больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: шизофрения, лечение, нейролептики, побочное действие, приверженность к терапии

The paper presents the results of studying of features of influence the side effects of neuroleptics/antipsychotics on treatment adherence in patients with paranoid schizophrenia. In the study based on the use of the scale assessment of the manifestations of side effects of antipsychotic drugs conducted an objective study of many parameters taking into account the severity of violations in different systems and organs. The certain undesirable phenomena are set with the different degree of shown in a psychical sphere, neurological status, including vegetative origin; changes are in somatic status, in particular, from the side of gastrointestinal tract. A cross connection feed-back is deduced between the degree of expressed of side effects of preparations and adherence of patients to therapy. The obtained data allowed to specify the signs of bearability of facilities of treatment and give an opportunity to forecast the degree of medicamentous complaisance for patients with paranoid schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, treatment, neuroleptics, side action, adherence to therapy

Лікування хворих на шизофренію залишається актуальною проблемою в психіатрії. Незважаючи на наявність великого арсеналу препаратів для терапії цього психозу, є суттєві перешкоди для їх використання в клінічній практиці. До них належить значна кількість побічних ефектів нейролептиків/антипсихотиків, які проявляються в розладах функціонування різних систем організму, що суттєво впливає на ступінь прихильності (комплаєнсу) до лікування у хворих з цією патологією [1—4]. В наявній літературі, що присвячена різним

аспектам проблеми терапії шизофренії фармакологічними засобами, наводиться інформація про особливості небажаних впливів на окремі системи і організм загалом, але до теперішнього часу ці питання залишаються далекими від остаточного вивчення і є певний запит щодо створення обґрунтованого підходу в формуванні задовільної прихильності до терапії хворих на шизофренію [5—8]. Найгостріше це питання постає під час використання комбінацій різних препаратів традиційної нейролептичної і сучасної антипсихотичної терапії, що найчастіше підсилює бажаний ефект такого лікування, але й ускладнює небажані впливи. Побічна дія препаратів

при такому підході до лікування на практиці значно впливає на суб'єктивне самопочуття й об'єктивний статус хворих, що складається з небажаних психічних, соматичних, ендокринологічних і неврологічних змін, що виникають. Проблема переносимості препаратів при використанні комплексної терапії у хворих на параноїдну шизофренію потребує окремого її вивчення.

Мета проведеного дослідження полягала в установленні впливу побічної дії нейролептиків/антипсихотиків на формування прихильності до терапії у хворих на шизофренію. Основні завдання включали вивчення побічної дії препаратів при комплексному їх застосуванні у хворих в психічній сфері, неврологічному, зокрема вегетативному статусі, а також в соматичному стані.

Під спостереженням було 112 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, віком від 20 до 50 років. Усі пацієнти були поділені на три групи залежно від вираженості прихильності до антипсихотичної терапії: 1 група (36 осіб) відрізнялась низьким, 2 (37 осіб) — помірним, 3 (39 осіб) — задовільним рівнем прихильності пацієнтів до прийому препаратів.

Обстежувані пацієнти отримували комбіновану терапію різними нейролептиками/антипсихотиками. У проведеному дослідженні використовували спеціальну шкалу оцінки проявів побічної дії нейролептичних препаратів UKU для об'єктивного їх вивчення з урахуванням ступеня вираженості багатьох параметрів від 0 до 3 [8].

Отримані в дослідженні дані були піддані математичному обробленню для встановлення статистичної вірогідності результатів за допомогою параметричних та непараметричних методів (*t*-критерій Стьюдента; кореляційний аналіз; одночасно в трьох вибірках застосовували «кутовий» Φ^2 -критерій Фішера; *U*-критерій Уїлкоксона — Манна — Уїтні; критерій χ^2) [9].

В усіх обстежуваних пацієнтів проводили аналіз ступеня вираженості побічної дії нейролептиків/антипсихотиків за шкалою UKU. Результати оцінювання такої дії препаратів з боку психічної сфери показали, що у хворих виявлялися порушення концентрації уваги, коли їм було важко зібратися з думками або підтримувати константний рівень уваги. При цьому лише в деяких випадках такі порушення були мало виражені, або їх наявність визивала сумніви. У значній кількості хворих ($43,2 \pm 3,9\%$) такі зміни вимагали додаткових зусиль, щоб зібратися з думками, але порушення концентрації уваги не спричиняли труднощів у повсякденному житті. В $23,6 \pm 2,1\%$ спостережень порушення концентрації уваги були виражені такою мірою, що спричиняли значні труднощі в психічній адаптації; тоді як у $16,2 \pm 1,3\%$ пацієнтів зміни концентрації уваги були очевидні під час їх опитування.

У частини хворих виявлялися симптоми астенії у вигляді млявості, підвищеної стомлюваності та зниження витривалості. Оцінка цих симптомів ґрунтувалася на суб'єктивних відчуттях та висловлюваннях. В окремих випадках така симптоматика була сумнівною, але частіше ($32,7 \pm 2,9\%$) пацієнти підтверджували, що втомлюваність розвивалася скоріше, ніж зазвичай; водночас, стан хворих при цьому не вимагав додаткового відпочинку. В $12,8 \pm 1,1\%$ спостережень пацієнти протягом дня періодично додатково відпочивали, тому що відчували підвищену стомлюваність. Певна частина хворих ($8,2 \pm 0,9\%$) змушена була відпочивати більшу частину дня, у зв'язку зі значною виснажливістю.

Вивчення сонливості з сечацією, що проявлялася в зниженні здатності підтримувати рівень неспання протягом дня і виявлялася в клінічних ознаках та спо-

стереженнях під час інтерв'ю, показало, що лише в деяких випадках сонливість була відсутня або сумнівна. Здебільшого у пацієнтів виявлялася легка сонливість, дрімота, що знаходило відображення у виразі обличчя й особливостях мови ($53,6 \pm 4,8\%$). В обстежуваних хворих були і більш виражені прояви сонливості та дрімоти, коли вони позіхали і були схильні засипати під час пауз у розмові ($22,7 \pm 1,9\%$). Крім того, діагностувалися випадки, коли пацієнти не просто засинали, але їх було важко розбудити й утримувати в стані неспання ($5,2 \pm 0,4\%$).

Під час аналізу побічної дії нейролептиків/антипсихотиків у хворих реєструвалися, поряд з зазначеними, порушення пам'яті. Оцінювання зниження пам'яті при цьому проводили незалежно від будь-яких розладів концентрації уваги. В низці випадків порушення пам'яті були відсутніми або сумнівними. Але частіше у пацієнтів виявлялися легкі суб'єктивні відчуття зниження пам'яті порівняно зі звичайним станом, разом з тим такі порушення не спричиняли в обстежуваних труднощів у функціонуванні ($44,2 \pm 3,9\%$). Під час вивчення зазначених порушень пам'яті були виявлені також пацієнти, у яких такі зміни ускладнювали функціонування, і легкі ознаки порушення пам'яті спостерігалися навіть в процесі інтерв'ю ($29,4 \pm 2,1\%$), а у частині випадків виявлялися досить виражені ознаки порушення пам'яті, які були очевидними і під час бесіди ($16,4 \pm 1,2\%$).

Крім того, під час вивчення побічної дії препаратів визначалися також прояви депресії у вигляді як вербальних, так і невербальних ознак печалі, меланхолії, безнадійності, зокрема з суїцидальними мотивами. Лише у незначній кількості пацієнтів фон настрою був нейтральним або дещо підвищеним. В частині випадків ($22,4 \pm 0,9\%$) настрої були більш пригнічені і сумні, ніж зазвичай, але обстежувані, як і раніше, вважали, що варто жити. У певній групі пацієнтів ($29,2 \pm 1,1\%$) фон настрою був депресивним та включав невербальні прояви безнадійності і бажання померти, але конкретні суїцидальні плани при цьому не виявлялися. Під час обстеження хворих були також випадки з вербальними та невербальними проявами безнадійності і печалі сильної вираженості з високою ймовірністю того, що пацієнт може розробляти план суїциду ($5,2 \pm 0,4\%$).

Під час вивчення напруження та внутрішньої занепокоєності в обстежуваних хворих виявлялася нездатність розслабитися, нервозність, неспокій, що відображалось в суб'єктивних відчуттях і не було проявами моторної акатизії. Лише в деяких випадках напруження, знервованість, занепокоєність не виявлялися, або були сумнівними. У певній частині спостережень пацієнти скаржилися на легке відчуття напруження і занепокоєння, проте це не заважало їхньому функціонуванню ($18,6 \pm 1,4\%$). Дослідження напруження у хворих діагностувало і досить інтенсивну його вираженість у частині випадків ($16,4 \pm 1,2\%$), що супроводжувалося внутрішнім неспокоєм, однак ці симптоми не були постійними, тому істотно не впливали на повсякденне функціонування пацієнтів. У низці спостережень ($7,4 \pm 0,6\%$) занепокоєння і внутрішнє напруження були настільки інтенсивними, що значно ускладнювали життя хворих.

Збільшення тривалості сну у пацієнтів, що оцінювали, ґрунтуючись на середній тривалості за останні три ночі, порівняно зі звичайним станом до початку прийому препаратів, в деяких випадках було відсутнім або сумнівним. У певній частині обстежуваних ($26,6 \pm 0,9\%$) збільшення тривалості сну, порівняно зі звичайною, дорівнювало 2 годинам, тоді як в $15,2 \pm 0,6\%$ випадків тривалість

збільшувалася на 2—3 години, а в $9,2 \pm 0,8$ % — більш, ніж на 3 години.

Вивчення зменшення тривалості сну, що оцінювали, ґрунтуючись на середньої тривалості за останні три ночі, порівняно зі звичайним станом пацієнта до хвороби, виявило у частини хворих незначне зменшення тривалості цього показника. В певній частині випадків установлено зменшення тривалості сну менше ніж на 2 години ($16,2 \pm 1,2$ %); у $12,1 \pm 1,1$ % — на 2—3 години і у $6,2 \pm 0,4$ % пацієнтів — більш ніж на 3 години.

В обстежуваних хворих аналізували також збільшення інтенсивності сновидінь, що оцінювали незалежно від змісту сновидінь за останні три ночі порівняно зі звичайним станом пацієнта до прийому препаратів. У незначній кількості обстежуваних зміни інтенсивності сновидінь були відсутні або сумнівні, тоді як у третини хворих ($33,2 \pm 2,9$ %) установлено деяке збільшення інтенсивності сновидінь, що проте не порушувало нічний сон. У $21,2 \pm 2,2$ % пацієнтів виявлено більш виражене, а у $8,4 \pm 0,9$ % обстежуваних — дуже істотне збільшення інтенсивності сновидінь.

Верифікація емоційної індиферентності у вигляді зниження здатності пацієнта до емпатії, співпереживання та повної байдужості й апатії виявила у незначній кількості обстежуваних малу або сумнівну ступінь вираженості зазначених порушень. Тоді як в $26,6 \pm 0,7$ % випадків установлена очевидна емоційна індиферентність, а у $12,3 \pm 1,0$ % пацієнтів такі порушення були виражені настільки, що вони поводитися зовсім байдуже щодо оточуючих.

Неврологічні побічні ефекти виявлялися, перш за все, з урахуванням дистонії у вигляді гострої форми, що проявлялася тонічними м'язовими реакціями в одній або декількох м'язових групах, зокрема в ділянці рота, шиї протягом трьох днів перед обстеженням. У деяких випадках дистонія була відсутня або сумнівна, але були пацієнти, у яких виявлялися легкі та короточасні спазми мускулатури щелепи або шиї ($16,8 \pm 0,9$ %). У $12,8 \pm 0,6$ % обстежуваних діагностували більш виражені і тривалі реакції, з ширшою локалізацією дистоній; у $6,8 \pm 0,2$ % пацієнтів проявлялися значно виражені порушення, такі як окуломоторний криз або опістотонус.

Обстеження хворих на виявлення ригідності у вигляді підвищення м'язового тону з однаковим і загальним його характером, що реєструвався на підставі стійкого опору пасивним рухам кінцівок, особливо в м'язових групах ліктьових і плечових ділянок, у незначній кількості пацієнтів давало сумнівний результат. У певної частини хворих ($28,5 \pm 1,1$ %) ригідність м'язів шиї, плечового поясу і кінцівок була легкою; в $17,2 \pm 1,2$ % виявлялася середня ступінь вираженості ригідності; у $6,8 \pm 0,1$ % — дуже виражена ригідність.

Під час вивчення гіпокінезії/акінезії враховували уповільнення рухів (брадікінезія), згладжування міміки, зменшення вільних рухів рук при ходьбі, довжини кроку, зупинки або припинення руху. В деяких випадках такі розлади були відсутніми або сумнівними, але частіше виявлявся обмежений обсяг рухів з легким зменшенням амплітуди вільного руху рук при ходьбі або злегка згладженою мімікою ($28,6 \pm 4,1$ %). У $12,4 \pm 2,1$ % хворих було більш виражене зниження рухливості, наприклад, у вигляді уповільнення ходьби; у $9,1 \pm 1,1$ % пацієнтів — дуже виражене зниження рухливості, що граничить з акінезією і паркінсонічною маскою та дуже коротким кроком.

У дослідженні також вивчали гіперкінезію у вигляді мимовільних рухів, найчастіше в ділянці рота, а також

у формі так званого буко-лінгво-мастікаторного синдрому; крім того, мимовільні рухи спостерігалися в кінцівках, особливо — в пальцях рук, рідше — в м'язах корпусу і респіраторної системи; такі порушення були у вигляді як ранніх, так і пізніх форм гіперкінезій. У деяких пацієнтів зазначені гіперкінези були відсутні чи сумнівні, але частіше ($20,4 \pm 2,1$ %) вони були легкі, мимовільні, або помірні ($12,2 \pm 1,3$ %) та присутні більшу частину часу. У $5,8 \pm 0,2$ % обстежуваних виявлялися значно виражені гіперкінези, що проявлялися у висовуваннях язика, відкриванні роти, лицьових гіперкінезах і супроводжувалися руховими реакціями в кінцівках.

Під час вивчення різних форм тремору установлено, що у незначній кількості спостережень такі порушення не проявлялися або були сумнівними. Дуже легкий тремор, що не перешкоджав функціонуванню пацієнта, був частіше ($28,2 \pm 2,4$ %), ніж виражений тремор ($16,2 \pm 1,2$ %), який заважав хворому, з амплітудою в пальцях рук близько 3 см, а тремор з амплітудою більш ніж 3 см, що не піддавався доволі хорошому контролю обстежуваних, спостерігався в меншій кількості випадків ($9,9 \pm 1,1$ %).

Акатизія у вигляді суб'єктивного відчуття й об'єктивних ознак м'язового занепокоєння, особливо в нижніх кінцівках, з непосидючістю у низці випадків була сумірною. Легка акатизія, коли пацієнт зберігав нерухомість без зусиль, виявлялася частіше ($21,6 \pm 1,2$ %), як і помірна ступінь зазначеного порушення ($19,6 \pm 2,2$ %), при якій в процесі інтерв'ю пацієнт міг зберігати нерухомість, хоча це і вимагало від нього зусиль. У деяких випадках ($7,2 \pm 0,1$ %) акатизія була виражена настільки, що в процесі спілкування хворий декілька разів вставав.

Вивчення епілептичних нападів з урахуванням лише генералізованих форм з тоніко-клонічними судомними протягом останніх 6 місяців не виявило таких порушень в багатьох випадках; діагностовано окремі судомні напади в $12,2 \pm 0,9$ %, 2—3 напади — в $8,2 \pm 0,6$ %; більше ніж 3 — в $6,1 \pm 0,5$ % спостережень.

Під час діагностики парестезій у вигляді відчуття поколювання, печіння або мурашок під шкірою встановлено, що майже у третині спостережень вони були сумнівні. Легкі парестезії, які практично не заповодили пацієнтові занепокоєння, спостерігалися у $33,2 \pm 3,1$ % обстежуваних, а помірні прояви, що супроводжувалися дискомфортом, були у $27,7 \pm 2,3$ % хворих. Значно виражені парестезії спостерігалися нечасто ($9,2 \pm 1,1$ %).

У обстежуваних хворих нерідко спостерігалися вегетативні побічні ефекти, які проявлялися в різних розладах, наприклад, в порушеннях акомодатії у вигляді змін виразності зору на близькій відстані, тоді як на великій відстані пацієнти бачили чітко. В деяких випадках хворі не відчували труднощів при читанні звичайного газетного тексту, але були спостереження, коли у них швидко втомлювалися очі під час читання ($36,5 \pm 3,2$ %). Дещо частіше пацієнти не могли прочитати звичайний газетний текст ($41,2 \pm 2,1$ %), або могли це зробити тільки з використанням допоміжних засобів ($12,2 \pm 1,2$ %).

Такий різновид вегетативних порушень як посилене слиновиділення (гіперсаливація) лише в деяких випадках був відсутній або сумнівний. Частіше гіперсаливація була чітко посилена ($22,2 \pm 5,1$ %), але вона не заповодила занепокоєння пацієнтам; в $15,8 \pm 4,1$ % випадків виявлялося посилення слиновиділення, що спричиняло дискомфорт і слинотечу, а в $6,6 \pm 1,1$ % спостережень була постійною неконтрольована слинотеча, що супроводжувалася розладами мови.

Поряд з зазначеними вегетативними порушеннями, в клінічній практиці у певної частини обстежуваних спостерігалися також побічні ефекти у вигляді зниження слиновиділення з сухістю в роті, спрагою, яка в $24,2 \pm 3,2$ % випадків мала легку ступінь вираженості і не заподіявала занепокоєння пацієнтам; в $20,6 \pm 2,3$ % спостережень такі порушення були помірного ступеня вираженості, та спричиняли легкий дискомфорт з сухістю в роті, а в $9,2 \pm 0,6$ % обстежуваних виражена сухість у роті значно ускладнювала пацієнтам повсякденне життя.

Під час вивчення побічної дії препаратів з боку шлунково-кишкового тракту встановлені такі прояви як нудота/блювота протягом 3 останніх днів, в деяких випадках в легкій формі ($46,5 \pm 4,1$ %), в низці спостережень — з дискомфортом ($16,2 \pm 0,9$ %) і у $8,6 \pm 0,7$ % обстежуваних — зі значною нудотою та блювотою. Діарея була відсутньою або сумнівною у частини пацієнтів; очевидно, але такою, що не заважає — у інших хворих ($34,2 \pm 3,1$ %); і такою, що завдавала дискомфорту — у певної частини обстежуваних ($22,3 \pm 2,1$ %). Випорожнення кишечника були не ускладнені або сумнівними у незначній частині випадків, тоді як легкі запори були дещо частіше ($26,2 \pm 2,1$ %), а більш виражені запори, що ускладнювали життя, спостерігалися у меншій кількості спостережень ($8,2 \pm 0,9$ %) і ще рідше виявлялися значно виражені запори ($4,6 \pm 0,4$ %).

Узагальнюючи отримані дані, треба наголосити, що вивчення побічної дії нейролептиків/антипсихотиків виявило різний ступінь її вираженості у обстежуваних хворих на параноїдну шизофренію. Зіставлення отриманих даних з прихильністю до прийому зазначених засобів терапії дало можливість поділити пацієнтів на 3 групи. В 1 групі обстежуваних встановлена найбільша ступінь вираженості проявів побічної дії, що співвідносилось з мінімальною прихильністю до прийому препаратів; в 2 групі хворих ступінь вираженості різних ознак побічної дії була меншою, і це збігалось з помірною прихильністю до прийому препаратів; в 3 групі пацієнтів виявлялася мінімальна побічна дія препаратів і така особливість співвідносилася з задовільною прихильністю до прийому засобів антипсихотичної дії. Отже, під час обстеження хворих встановлено зворотний зв'язок між ступенями вираженості побічної дії препаратів і прихильності до терапії нейролептиками/антипсихотиками.

Установлені закономірності дають можливість об'єктивізувати критерії переносимості засобів нейролептич-

ної терапії та прогнозувати ступінь прихильності до лікування з застосуванням зазначених препаратів у хворих на шизофренію, що має велике значення в клінічній психіатричній практиці для запобігання рецидивів психозу, повторних госпіталізацій та тяжких наслідків захворювання.

Список літератури

1. Закаль К. Ю. Клинические предикторы высокого и низкого уровней медикаментозного комплаенса у больных параноидной шизофренией с непрерывным типом течения // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 43—46.
2. Марута Н. А. Проблемы раннего вмешательства в психоз: фармакологические и психосоциальные технологии // Здоров'я України. 2014. № 2 (29). С. 42—43.
3. Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О. Особливості терапевтичного альянсу у хворих на психічні та неврологічні розлади // Український вісник психоневрології. 2011. Т. 19, вип. 2 (67). С. 74—76.
4. Шкала медикаментозного комплаенса. Новая медицинская технология / Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, А. Я. Вукс, В. Д. Вид. СПб.: Изд-во НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2006. 35 с.
5. Долуда С. М. Современные представления о психологических особенностях больных шизофренией // Медична психологія. 2013. № 1. С. 92—96.
6. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии: методические рекомендации / сост. Н. Б. Лутова, А. В. Борцов, А. Я. Вукс, В. Д. Вид.; Санкт-Петербургский НИПНИ им. В. М. Бехтерева. СПб., 2007. 25 с.
7. Сидоренко Т. В. Повышение приверженности к терапии — дополнительный путь оптимизации эффективности лечения хронических заболеваний // Неврологический вестник. 2010. Т. XLII, вып. 1. С. 84—87.
8. Дополнительные возможности коррекции вызванных нейролептиками экстрапирамидных расстройств у больных шизофренией / Д. Г. Семенихин, А. В. Кунаева, А. М. Карпов [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии. 2013. № 11. С. 78—80.
9. Сидоренко Е. В. Методы математической обработки в психологии. СПб.: Речь, 2007. 350 с.

Надійшла до редакції 28.09.2017 р.

КОРЖ Анастасія Володимирівна, асистент кафедри психіатрії Харківської медичної академії післядипломної освіти, м. Харків, Україна; e-mail: anastasiyakorzh7@gmail.com

KORZH Anastasiia, Assistant of the Department of Psychiatry of Kharkiv medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine; e-mail: anastasiyakorzh7@gmail.com

О. О. Кришталь

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ АРТ-ТЕРАПІЇ У КОМПЛЕКСНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

О. О. Кришталь

Оцінка ефективності арт-терапії у комплексній терапії хворих на шизофренію

O. Kryshstal

Evaluation of the effectiveness of art therapy in the complex therapy of patients with schizophrenia

З метою оцінювання ефективності арт-терапії в системі терапії та реабілітації хворих проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 125 хворих, обох статей, у віці 20—45 років з встановленим діагнозом шизофренія у період стабілізації стану. Основну групу (пацієнти якої брали участь у арт-терапії) склали 95 осіб, в контрольну групу увійшли 30 хворих, які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У процесі дослідження запропоновано систему арт-терапії в комплексній терапії хворих на шизофренію та доведено її ефективність. Встановлено виражену позитивну динаміку рівня соціального функціонування хворих та позитивну динаміку позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів за шкалою PANSS. Арт-терапія сприяє швидкій соціальній реінтеграції хворих на шизофренію, поліпшенню якості їхнього життя.

Ключові слова: арт-терапія, хворі на шизофренію, соціальне функціонування

С целью оценки эффективности арт-терапии в системе терапии и реабилитации больных проведено комплексное клинико-психопатологическое и психодиагностическое исследование 125 больных, обоих полов, в возрасте 20—45 лет с установленным диагнозом шизофрения в период стабилизации состояния. Основную группу (пациенты которой принимали участие в арт-терапии) составили 95 человек, в контрольную группу вошли 30 больных, получавших стандартную регламентированную терапию в больнице.

В процессе исследования предложена система арт-терапии в комплексной терапии больных шизофренией и доказана ее эффективность. Установлена выраженная положительная динамика уровня социального функционирования больных и положительная динамика положительных, отрицательных и общих психопатологических синдромов по шкале PANSS. Арт-терапия способствует быстрой социальной реинтеграции больных шизофренией, улучшению качества их жизни.

Ключевые слова: арт-терапия, больные шизофренией, социальное функционирование

With the purpose to evaluate the effectiveness of art therapy in the system of therapy and rehabilitation of patients, it was conducted a comprehensive clinical-psychopathological and psychodiagnostic study of 125 patients, both sexes, aged 20—45 years with a diagnosis of schizophrenia during the stabilization of the state. The main group (the patients who took part in art therapy) included 95 people, the control group included 30 patients who received standard regulated therapy at a hospital. In the course of the study, the system of art therapy in the complex therapy of patients with schizophrenia was proposed and its effectiveness was proved. It was established the expressed positive dynamics of the level of social functioning of the patients and the positive dynamics of positive, negative and general psychopathological syndromes according to the PANSS scale. Art therapy promotes rapid social reintegration of patients with schizophrenia, improving their quality of life.

Key words: art therapy, patients with schizophrenia, social functioning

Шизофренія є одним із найбільш поширених психічних захворювань, хворі на шизофренію займають до 50 % ліжок психіатричних стаціонарів і дають один з найбільш високих відсотків непрацездатності. Захворювання відрізняється прогресуючим перебігом, має значні медичні та соціальні наслідки, нерідко призводить до зниження або втрати працездатності, порушень соціальних зв'язків пацієнтів. Тому проблема пошуку сучасних методів лікування та реабілітації хворих на шизофренію залишається актуальною [3, 4, 8].

Сьогодні в Україні ведеться робота з оптимізації функціонування психіатричної служби, метою якої є надання максимально ефективної спеціалізованої допомоги пацієнтам. При цьому підвищення ефективності надання спеціалізованої допомоги проводиться за двома напрямками: впровадження сучасних фармакологічних препаратів з підбором оптимальних засобів лікування і впровадження нових форм немедикаментозно орієнтованої допомоги пацієнтам [1, 6, 7].

Арт-терапія є одним із сучасних методів психотерапевтичного впливу, який використовує можливості образотворчого мистецтва в поєднанні з лікувальними факторами, пов'язаними з відносинами пацієнта з фахівцем та групою [2, 5, 9].

Вищевикладене зумовило актуальність і необхідність проведення цього дослідження.

Мета дослідження — оцінка ефективності арт-терапії в системі терапії та реабілітації хворих на шизофренію.

Для досягнення поставленої мети, за умови інформованої згоди з дотриманням принципів біоетики та деонтології на базі Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3 було проведено комплексне обстеження 125 хворих, обох статей, середній вік — $35,0 \pm 2,0$ роки з встановленим діагнозом шизофренія у період стабілізації стану.

Усі пацієнти отримували регламентовану психофармакотерапію відповідно до Клінічного протоколу надання медичної допомоги хворим на шизофренію в межах забезпечення лікувального закладу. Основну групу (пацієнти якої брали участь у арт-терапії) склали 95 осіб (54 жінки та 41 чоловік), контрольну групу — 30 хворих (16 жінок та 14 чоловіків), які отримували стандартну регламентовану терапію у лікарні.

У дослідженні були використані клініко-психопатологічний, психодіагностичний та статистичний методи обстеження.

Залежно від провідного психопатологічного синдрому хворі були поділені на 4 клінічні групи: з апато-абулічним синдромом (20,6 % обстежених), галюцинаторно-параноїдним (25,2 %), депресивно-параноїдним (28,4 %) і параноїдним синдромом (25,8 %).

Як показали результати дослідження, для пацієнтів з галюцинаторно-параноїдним, депресивно-параноїдним і параноїдним синдромами провідними в клінічній картині були порушення стрункості мислення, зниження і неадекватність емоцій, маячні ідеї, псевдогалюцинації; при апато-абулічному синдромі комплекс домінувала негативна симптоматика, хворі були байдужі до подій, що відбуваються навколо них, емоційно холодними.

На I етапі дослідження (до початку терапевтичного втручання) середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS складав в основній групі — $26,1 \pm 4,1$; у контрольній — $26,4 \pm 4,1$ бали; середній сумарний бал за негативними шкалами PANSS складав в основній групі — $25,3 \pm 3,9$; у контрольній — $25,4 \pm 4,2$ бали; середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень до початку лікування складав в основній групі — $52,1 \pm 9,1$; в контрольній — $52,3 \pm 9,0$ балів.

У хворих як основної так і контрольної груп виявлені порушення соціального функціонування за усіма показниками Шкали інвалідності WHO/DAS (Disability assessment Scale).

На II етапі дослідження для хворих основної групи був розроблений курс арт-терапії, основними цілями якого були зайнятість пацієнтів завдяки їх залученню в змістовну діяльність; розвиток і підтримка їх творчих навичок; сенсорна стимуляція; відреагування почуттів і переживання позитивних емоцій, пов'язаних з творчою активністю і її результатами; підтримка і розвиток комунікативних навичок, самостійності і самоорганізації; психологічна інтеграція пацієнтів.

Арт-терапевтична інтервенція мала довгостроковий характер і складалася з двох послідовних блоків: основного (інтенсивного) — на стаціонарному етапі лікування і підтримувального — на амбулаторному (позалікарняному). Стаціонарний етап — 12 занять, тривалістю 45—60 хвилин з частотою 2 рази на тиждень. Амбулаторний етап — 6 занять, тривалістю 1—1,5 години з частотою 1—2 рази на тиждень.

Найбільш ефективним був груповий варіант арт-терапії, у рамках основного блоку арт-терапію здійснювали в закритих групах, підтримувальну — в частково відкритих під керівництвом лікаря-психіатра/психотерапевта і медичного психолога.

Структура сесій включає три основні етапи: введення (настрій); етап виконання основної роботи з теми (творче навантаження), етап обговорення (завершення).

Основними факторами психотерапевтичного впливу в арт-терапії були фактор художньої експресії, фактор внутрішньогрупових комунікативних процесів і відносин, фактор інтерпретації і вербального зворотного зв'язку.

Як показали результати дослідження, в процесі арт-терапії спостерігалася така динаміка художньої експресії: створювані на початкових етапах образи характеризувалися аморфністю, розпливчатістю меж, «стіканням форм», орнаментарністю, змішанням різних стилів, а на більш пізніх стадіях арт-терапії набували символічний, архетиповий характер, мали структурність і завершеність.

Після завершення терапії середній сумарний бал за позитивними шкалами PANSS в основній групі склав $6,7 \pm 1,5$ балів, в контрольній — $13,1 \pm 1,3$ балів; середній сумарний бал за негативними шкалами PANSS — $7,6 \pm 1,1$ та $14,2 \pm 1,6$ балів, відповідно; середній сумарний показник за шкалами загально-психопатологічних порушень — $17,7 \pm 2,9$ та $30,1 \pm 6,8$ балів, відповідно.

Отже, на тлі проведення терапії рівень вираженості позитивних симптомів в основній групі знизився на 69,3 %, в контрольній — на 41,1 %; негативних симптомів — в основній групі знизився на 61,1 %, в контрольній — на 49,8 %; загально-психопатологічних симптомів — на 60,8 % та 39,7 %, відповідно.

Рівень вираженості загального бала за шкалою PANSS в основній групі знизився на 65,1 %, в контрольній — на 42,9 %.

У процесі роботи встановлено, що на тлі комплексної терапії з використанням арт-терапії суттєво поліпшився рівень соціального функціонування хворих, а саме загальної поведінкової дисфункції: в основній групі — на 75,3 %; у контрольній — на 52,1 %; дисфункція при виконанні соціальних ролей — на 61,5 % в основній і 31,9 % в контрольній відповідно; порушення функціонування пацієнтів у лікарні — в основній групі на 86,4 %; у контрольній — на 69,4 %; дисфункція модифікувальних чинників у хворих — на 91,1 % в основній та 59,8 % — в контрольній групах.

За результатами півторарічного катамнестичного спостереження в основній групі на тлі проведеної комплексної терапії з використанням арт-терапії у 77,5 % хворих було досягнуто стійкого терапевтичного ефекту, який зберігався протягом 2 років, у 15,1 % — стан залишався без динаміки, і у 7,4 % — спостерігався рецидив захворювання. У групі контролю поліпшення стану відзначено у 40,4 % пацієнтів, у 31,2 % — не спостерігалася позитивної динаміки психічного стану, у 28,4 % реєструвалась госпіталізація у зв'язку з рецидивом захворювання. Критеріями ефективності були стійкість ремісії, частота госпіталізації, якість життя, рівень тривоги, поліпшення психічного стану.

Отже, використання арт-терапії поряд з фармакотерапією у пацієнтів з шизофренією надає позитивний вплив на відчуття психологічного благополуччя, посилення почуття причетності й особистісної реалізованості, поліпшення міжособистісних відносин, відчуття підтримки від близьких і соціуму, що, в свою чергу, відбивається на загальному сприйнятті якості життя.

Список літератури

1. Волошин П. В., Марута Н. О. Стратегія охорони психічного здоров'я населення України: сучасні можливості та перешкоди // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 1 (82). С. 5—11.
2. Гуменюк Л. Н., Михайлова Е. А. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения // Таврический мед.-биол. вестник. 2010. № 4. С. 37—40.
3. Діхтяр В. О. Рівень соціального функціонування та якості життя як основа психотерапії хворих на параноїдну шизофренію // Український вісник психоневрології. 2009. Т. 17, вип. 3 (60). С. 35—44.
4. Кожина А. М., Гайчук Л. М. Опыт применения препарата Солерон в терапии шизофрении // Там само. 2010. Т. 18, вип. 4 (65). С. 116—117.
5. Колядко С. П., Каленська Г. Ю. Особенности использования арт-терапии в лечении хворих на параноїдну шизофренію // Там само. 2017. Т. 25, вип. 1 (90). С. 51—55.
6. Марута Н. А. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні // Архів психіатрії. 2011. Т. 17, № 3 (66). С. 5—9.
7. Підкоритов В. С. Психіатрія в Україні — минуле, теперішнє, майбутнє // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. 2008. № 2 (14). С. 29 — 32.
8. Пшук Н. Г. Предиктори формування процесу психосоціальної реабілітації психічнохворих // Український вісник психоневрології. 2010. Т. 18, № 3 (64). С. 145.
9. Hmain S., Korostiy V. Art-therapy in complex treatment of major depressive disorder // European psychiatry. 2015. Vol. 1. P. 1324.
10. Hmain S. Effectiveness of art therapy in complex treatment of patients with depressive recurrent disorder // Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde Kongress. Berlin, 2015. P. 12-004.

Надійшла до редакції 11.10.2017 р.

КРИШТАЛЬ Олександр Олексійович, лікар-психіатр Комунального закладу охорони здоров'я Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3, м. Харків, Україна

KRYSH TAL Oleksandr, Physician-psychiatrist of Public Health Institution of Health Kharkiv Regional Clinical Psychiatric Hospital No 3, Kharkiv, Ukraine

А. М. Кушнір

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ МАРШРУТИ ОСОБЛИВО СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ

А. Н. Кушнір

Реабилитационные маршруты особо общественно опасных больных шизофренией

А. М. Kushnir

Rehabilitation routes of the socially dangerous schizophrenic patients

Мета досліджень — на ґрунті структурно-семантичного підходу до функціонального діагнозу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію розробити напрямки та заходи комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм (КДЛРП). Проведено популяційне поперечне дослідження «серії випадків», «випадок-контроль» 511 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, які вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння (СНД). В основу розподілу на групи порівняння покладений психопатологічний механізм реалізації (МР) СНД: до дослідження включені 251 хворий з продуктивно-психотичним (П-П) МР СНД (I група) та 127 хворих з негативно-особистісним (Н-О) МР СНД (II група). Встановлено достовірні розбіжності показників функціонального (реабілітаційного) діагнозу для кожної з досліджених груп і на цьому ґрунті розроблено диференційовані за психопатологічним механізмом реабілітаційні маршрути в умовах застосування примусових заходів медичного характеру. Оцінка результативності запропонованих КДЛРП показала достатній рівень їх ефективності щодо редукції психопатологічної симптоматики, суспільної небезпеки та позитивного відгуку на терапію в суспільно небезпечних хворих на шизофренію в умовах застосування до них примусових заходів медичного характеру.

Ключові слова: шизофренія, суспільно небезпечні діяння проти життя особи, повторні особливо суспільно небезпечні діяння, медико-соціальна реабілітація

Цель исследований — на основе структурно-семантического подхода к функциональному диагнозу особо опасных больных шизофренией разработать направления и мероприятия комплексных дифференцированных лечебно-реабилитационных программ (КДЛРП). Проведено популяционное поперечное исследование «серии случаев», «случай-контроль» 511 мужчин, больных параноидной шизофренией, совершивших особо тяжкие общественно опасные деяния (ООД). В основу разделения на группы положен психопатологический механизм реализации (МР) деликта: в исследование вошли 251 больной с продуктивно-психотическим (П-П) МР ООД (I группа) и 127 больных с негативно-личностным (Н-Л) МР ООД (II группа). Установлены достоверные различия показателей функционального (реабилитационного) диагноза для каждой из исследованных групп и на этой основе разработаны дифференцированные по психопатологическим механизмам реабилитационные маршруты в условиях применения принудительных мер медицинского характера. Оценка результативности предложенных КДЛРП показала достаточный уровень их эффективности, а именно: редукции психопатологической симптоматики, общественной опасности и положительного отклика на терапию в особо опасных больных шизофренией в условиях применения к ним принудительных мер медицинского характера.

Ключевые слова: шизофрения, общественно опасные деяния против жизни личности, повторные общественно опасные деяния, медико-социальная реабилитация

The purpose of the research is to develop the directions and measures of complex differentiated treatment and rehabilitation programs (CDTRP) on the basis of the structural and semantic approach to the functional diagnosis of especially socially dangerous schizophrenic patients. A cross-sectional, case series, case control study of 511 men population with paranoid schizophrenia, who committed grave and especially grave social dangerous act (SDA) were conducted. On the base of assign in the comparison group laid the psychopathological mechanism (PM): the study included 251 patients with productive-psychotic (P-P) PM SDA (I group) and 127 patients with negative-personal (N-P) PM SDA (II group). Authentic differences in the functional (rehabilitation) diagnosis indicators for each of the groups studied were established, and on this basis the rehabilitation routes, differentiated by the psychopathological mechanism, were developed in conditions of court-ordered treatment. Evaluation of the effectiveness of the proposed CDTRP showed a sufficient level of their effectiveness relative to the reduction of psychopathological symptomatology, public danger and positive response to therapy in especially socially dangerous schizophrenic patients in conditions of court-ordered treatment.

Keywords: schizophrenia, socially dangerous acts against the life of a person, repeated especially socially dangerous acts, medico-social rehabilitation.

Сучасний системний підхід до прикладних наукових розробок, зокрема реабілітації хворих на шизофренію, які скоїли суспільно небезпечні діяння (СНД) проти життя особи (ПЖО), передбачає використання структурно-семантичної моделі. Підґрунтям евристичної діяльності (у межах зазначеної моделі), спрямованої на розв'язання цілей і завдань примусових заходів медичного характеру (ПЗМХ), — здебільше це стосується усунення суспільної небезпеки хворих — є принцип розроблення сепаратних комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм (КДЛРП) для пацієнтів з різними механізмами реалізації (МР) СНД. Вони мають враховувати семантичні (змістовні) зв'язки між соціально-демографічними, клініко-психопатологічними, психологічними особливостями (зокрема соціальне функціонування — СФ, мікро- та мікросоціальні взаємодії, наркологічний статус) таких хворих, а також судово-психіатричними аспектами вчиненого СНД. Ці взаємини постають до-

ступними для верифікації завдяки аналізу взаємозв'язків поміж достовірними ознаками функціонального діагнозу таких пацієнтів. Інакше кажучи, ми дотримуємося очевидної точки зору, що детермінанти суспільної небезпеки хворих на шизофренію не можуть постійно перебувати у застиглому стабільному стані, і зміни, наприклад, на рівні «Синдрому» призводять до відповідних зсувів в інших складниках суспільної небезпеки (СН), як-от «Особистість» та «Ситуація». При цьому, стосовно зокрема «Ситуації» йдеться про такі зміни у поведінці та реагуванні хворого, при яких зменшується/збільшується ймовірність вчинення ним СНД, а різні особливості «Особистості» перебувають у відповідній своєрідній «рівновазі», себто є взаємним підґрунтям, потенціюють/нівелюють одна іншу.

Тобто розроблення оптимальних (за кількістю реабілітаційних втручань) та ефективних КДЛРП для особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію треба здійснювати як з урахуванням структурних та функціональних складників їх реабілітаційного діагнозу, так

і з акцентом на дослідження сили, типу та спрямованості взаємозв'язків між його компонентами на рівні окремих показників.

Зазначене і зумовило мету дослідження — на ґрунті структурно-семантичного підходу до функціонального діагнозу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію розробити напрямки та заходи комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм.

Дизайн дослідження: популяційне, поперечне, «серії випадків», «випадок-контроль».

На базі психіатричної лікарні з суворим наглядом (м. Дніпро) проведено популяційне дослідження усіх чоловіків, хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО в Україні — вичерпно повна репрезентативна вибірка. Всього обстежено 511 пацієнтів у віці від 16 до 76 років (середній вік — $39,72 \pm 0,50$ років), переважно з параноїдною шизофренією (F20.0) (95,30 %), здебільшого — з безперервним типом перебігу. За ознакою психопатологічного МР СНД пацієнти були поділені на дві групи: продуктивно-психотичний (П-П) МР СНД встановлений у 251 хворого (I група), негативно-особистісний (Н-О) МР СНД — у 127 хворих (II група). Завдяки процедурі кластеризації 112 обстежуваних зі змішаним МР СНД віднесені до I або II групи.

Для виокремлення маркерів-мішеней КДЛРП проведений компаративний аналіз показників за осями функціонального (реабілітаційного) діагнозу хворих відповідно до досліджених груп. З аналізу були виведені 54 обстежуваних у зв'язку з невідповідністю критеріям включення або неповними даними за одним/декількома методами дослідження.

Для усіх ознак, частота яких в групах порівняння була достовірно різною, розраховували діагностичні коефіцієнти (ДК) і міри інформативності Кульбака (МІ) [1].

Встановлення взаємозв'язків між компонентами функціонального діагнозу на рівні окремих складників реалізовували за допомогою кореляційного аналізу з розрахунками коефіцієнтів кореляції та створенням кореляційної матриці для усіх показників. З урахуванням обсягу досліджених вибірок достовірними вважали значення коефіцієнта кореляції 0,2 (на рівні $p < 0,05$), силу зв'язку оцінювали традиційним способом ($0,20 < r < 0,3$ — слабкий кореляційний зв'язок, $r = 0,4—0,6$ — зв'язок середньої сили, $r > 0,7$ — високостовірний, сильний зв'язок), від'ємні значення коефіцієнта кореляції свідчили про оборотний зв'язок між ознаками, додатні — про прямий.

Для оцінювання результативності запропонованих заходів обстежувані через рандомізацію за допомогою таблиці випадкових чисел були поділені на дві групи. До I основної і I контрольної увійшли 125 та 126 пацієнтів з П-П МР СНД, відповідно, а до II основної і II контрольної — 64 та 63 хворих з Н-О МР СНД, відповідно. В основних групах були застосовані розроблені КДЛРП в структурі пацієнт-центрованої медико-соціальної реабілітації (М-СР), хворі контрольних груп отримували традиційне лікування.

Оцінювання результативності застосованих КДЛРП проводили за такими трьома параметрами:

а) динаміка (редукція) ступеня тяжкості психопатологічної симптоматики (Psychopathological Symptoms Severity — PSS), тобто різниця в її рівнях до та після лікувально-реабілітаційного втручання (ΔPSS), визначена за такою, загальноприйнятною у вітчизняній психіатрії шкалою, що має 7 ґрадацій, а саме: «значне покращан-

ня» — +3 бали, «помірне покращання» — +2 бали, «незначне покращання» — +1 бал, «без змін» — 0 балів, «незначне погіршення» — -1 бал, «помірне погіршення» — -2 бали, «значне погіршення» — -3 бали.

Загальну динаміку психопатологічної симптоматики у групах розраховували таким способом: $\Delta PSS_{\text{група}} = N_{PSS}/N$ — відношення хворих з редукцією симптоматики (N_{PSS}) до загальної кількості пацієнтів в групі (N), коефіцієнт ефективності встановлювали розрахунком різниці ΔPSS_E між групами: $\Delta PSS_E = \Delta PSS_{I \text{ осн}} - \Delta PSS_{I \text{ контр}}$. При цьому чим більшим було значення коефіцієнта ефективності, тим більше відрізнялася ефективність втручання;

б) динаміка (редукція) ступеня суспільної небезпеки хворого, включаючи алло- та аутоагресивну поведінку (Public Danger Rate — PDR), тобто різниця в її рівнях до та після лікувально-реабілітаційного втручання (ΔPDR), що визначали в процесі клінічного інтерв'ю за одним з трьох значень, а саме: «суспільна небезпека відсутня» — 0 балів, «пасивний тип суспільної небезпеки» — 1 бал, «активний тип суспільної небезпеки» — 2 бали. Загальну динаміку у групах розраховували аналогічним способом як і динаміку психопатологічних симптомів: $\Delta PDR_E = N_{PDR \text{ осн}}/N_{\text{осн}} - N_{PDR \text{ контр}}/N_{\text{контр}}$;

в) частота випадків позитивної відповіді на терапію (Positive Therapy Response — PTR), що встановлювали через відношення кількості пацієнтів з такою відповіддю (n_{PTR}) до загальної кількості хворих відповідної групи (N): n_{PTR}/N .

Оброблення отриманих даних здійснювали методами математичної статистики (дисперсійний аналіз) на персональному комп'ютері за допомогою програм SPSS 15.0 і MS Excel v.8.0.3 [2].

На ґрунті структурно-семантичної моделі проаналізовано змістовні зв'язки між соціально-демографічними, клініко-психопатологічними, психологічними особливостями (включаючи СФ, мікро- та мікросоціальні взаємодії, наркологічний статус), а також судово-психіатричними аспектами вчиненого СНД у популяції особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Результати проведених досліджень вказують на те, що заходи КДЛРП в структурі М-СР таких пацієнтів мають ґрунтуватися на розгорнутому, всебічному оцінюванні їхнього стану на засадах функціонального діагнозу і бути суворо диференційованими за психопатологічним механізмом реалізації ними СНД [3—8].

Отримані дані підтвердили доцільність і наголошують на необхідності збереження існуючого у судово-психіатричній практиці індивідуального підходу до вирішення питання припинення чи подовження ПЗМХ та умов тримання при їх застосуванні у кожному конкретному випадку. Це зумовлено результатами дослідження, які дозволили спростувати твердження про формування синдрому госпіталізму при довгочасному застосуванні ПЗМХ у хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО. Декларовані уявлення щодо зниження рівнів СФ, психічної та соціально-психологічної адаптації, а також погіршення психічного стану, негативного перебігу шизофренії тощо, завдяки їх тривалому триманню в умовах психіатричного стаціонару з суворим наглядом, суперечать висновкам, отриманим під час аналізу сили та спрямованості кореляційних взаємозв'язків між тривалістю ПЗМХ та усіма показниками за методами проведеного популяційного дослідження. Навпаки, слід зазначити загальний позитивний вплив (за винятком окремих ознак) тривалих ПЗМХ на показники психічного статусу особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Зокрема, у пацієнтів з П-П МР СНД достовірно, за умов тримання в психіатричному стаціонарі, знизилась рівень тривоги ($r = -0,21$), частота внутрішніх та зовнішніх форм аутоагресивної поведінки ($r = -0,21$), труднощі контролю власної люті та агресивна поведінка ($r = -0,21$) (однак зі збереженням елементів антисоціальної [$r = 0,48$] на тлі провокаційної поведінки лікаря з діагностичною метою під час обстеження), частота галюцинаторних переживань ($r = -0,21$), також зворотного зв'язку набули грубість і безтактовність ($r = -0,60$, $r = -1,00$, відповідно).

У хворих II групи нівелювалися ознаки антисоціальної поведінки ($r = -0,48$), та спостерігали позитивне та активне ставлення до обстеження і лікування ($r = 0,37$, $r = 0,48$). У межах цієї групи тривала госпіталізація була зворотно, середньої сили кореляціями пов'язана з експлозивністю ($r = -0,39$), слабкістю і лабільністю емоцій ($r = -0,45$, $r = -0,55$, відповідно), емоційною тупістю ($r = -0,41$), відсутністю емоційного резонансу ($r = -0,33$), парадоксальністю ($r = -0,26$), амбівалентністю емоцій ($r = -0,37$), тобто зі зменшенням проявів цих ознак. Але, треба вказати на наростання у них грубості та безтактовності ($r = 0,78$, $r = 0,39$), що можна пояснити «слідовими», залишковими проявами експлозивності, лабільності та парадоксальності тощо емоцій на тлі психопатоподібного або змішаного параноїдного і психопатоподібного дефекту особистості у 58 % обстежуваних.

Крім того, встановлено відсутність достовірних кореляцій між часом перебування хворих у лікарні «закрытого» типу та рівнем їх загального СФ (включаючи самообслуговування, сімейну роль, функціонування у загальносоціальному розумінні, соціально припустиму поведінку, трудову діяльність, ступінь обмеження працездатності, за винятком двох вищевказаних показників), а також особистісними особливостями таких пацієнтів, їх міжособистісними відносинами та компонентами реабілітаційного діагнозу.

Також підтверджено провідну роль психопатологічної симптоматики, переважно негативної (при меншому значенні загальних симптомів [G8 — G16] та продуктивних [P2, P7]) і її вираженості (середні значення за шкалами та загальний бал PANSS) у виникненні дисфункції за усіма сферами СФ особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію.

Зумовленість дисфункції у СФ обстежуваних саме шизофренією співвідноситься і з отриманими даними про суттєву сумарну діагностичну цінність і інформативність маркерів-мішеней клініко-психопатологічного блоку (показники психічного статусу) та їх першим рейтинговим місцем як в структурі функціонального (реабілітаційного) діагнозу, так і в необхідних черговості й обсязі заходів М-СР.

Тобто встановлено, що саме застосування адекватної психофармакотерапії відіграє першочергову провідну роль у відновленні/покращанні СФ зазначеного контингенту, а також у зменшенні їх суспільної небезпеки.

Психопатологічна симптоматика впливала і на індивідуальні типологічні властивості (ІТВ) досліджуваного контингенту, динаміку акцентуацій їх характеру, міжособистісні відносини. Зокрема, тривожність (G2), депресія (G6) у досліджуваних I групи були пов'язані зі зменшенням здатності до «компромісності» за індивідуальним типологічним опитувальником ($r = -0,20$ та $r = -0,22$, відповідно), а наявність маревних ідей (P1) призводила до декомпенсації тривожної акцентуації характеру ($r = 0,23$). У пацієнтів з Н-О МР СНД встановлені прямі кореляційні зв'язки між маревними ідеями (P1)

та інтроверсією ($r = 0,22$); імпульсивністю (G14), вольовими порушеннями (G13), недостатністю спонтанності/плавності мови (N6), порушеннями абстрактного мислення (N5) та компромісністю ($r = 0,28$, $r = 0,27$, $r = 0,26$, $r = 0,20$, відповідно), — зі збільшенням вираженості симптомів шизофренії посилювалися і ці особистісні тенденції.

Тобто, фармакологічна редукція психопатологічної симптоматики шизофренії призводить до терапевтичних змін вказаних ІТВ в обстежуваних обох груп.

Отримані в процесі дослідження дані свідчили, з іншого боку, про необхідність зваженого, продуманого підходу до психо- та фармакокорекції певних складників суспільної небезпеки обстежуваних у структурі «Синдрому» та «Особистості» (через їх взаємопов'язаність). Вони вказували на потребу в реалізації КДЛРП з «оглядом» на необхідність різноспрямованих, у деяких випадках, зусиль щодо одночасної нейтралізації чинників ризику антиризiku повторних СНД та відновлення СФ хворих. Наприклад, досягнення регресу маревних ідей (P1) на тлі лікування хворих II групи достовірно призведе до зменшення їх особистісної тенденції до інтроверсії, яке, в свою чергу, сприятиме підвищенню спонтанності (що, безумовно, підвищить і рівень їх СФ, завдяки прямому кореляційному зв'язку), але і ригідності, та, опосередковано, — агресивності, зокрема в умовах ПЗМХ, — тобто до актуалізації цього чинника ризику повторних СНД.

Зокрема, також є недоцільною, скажімо, «надлишкова» психофармакотерапія, інтенсивний терапевтичний вплив задля повної редукції тривожності у пацієнтів I групи через імовірність підвищення їх СН внаслідок усунення такого чинника антиризiku повторних СНД як пасивна поведінка, зокрема в умовах ПЗМХ. Це зумовлено зв'язком ІТВ «тривожності» з «інтроверсією», а зменшення останньої підвищує спонтанність і активність хворих, внаслідок чого збільшується ризик вчинення ними повторних деліктів.

Вказаний зважений підхід слід втілювати і під час відновлення функціонування у певних сферах СФ пацієнтів II групи за рахунок терапевтичного впливу на такі ІТВ (підвищення, гармонізація яких сприяє зменшенню рівня дисфункції):

— спонтанність — позасімейні (дружні) відносини ($r = 0,25$), міжособистісні відносини ($r = 0,23$), життєдіяльність і працездатність ($r = 0,21$);

— лабільність — життєдіяльність і працездатність ($r = 0,24$), гроші і фінанси ($r = 0,24$);

— екстраверсія — життєдіяльність і працездатність ($r = 0,21$), інтерес до пізнання наявної інформації ($r = 0,22$).

Отже, на ґрунті результатів дослідження доведено, що при побудові КДЛРП для зазначеного контингенту основну увагу та терапевтичні зусилля слід спрямовувати на нівелювання показників клініко-біологічного блоку (психіатричний статус), але поєднано з реалізацією їх реабілітаційного потенціалу й у особистісному, соціальному сенсі (але з урахуванням доведеного меншого їх значення в структурі СН обстежуваних).

Зафіксований такий рейтинговий розподіл маркерів П-П МР СНД (ознак, що стійко супроводжують цей психопатологічний механізм) за рівнями дисфункції (у порядку зменшення діагностичної цінності та інформативності): ресурс підтримки в суспільстві; функціональна недостатність; ресурсна система особистості; рівень психосоціальної адаптації. Серед маркерів негативно-особистісного механізму реалізації СНД перші місця в рейтингу також займають рівень ресурсу підтримки в суспільстві і функціональна недостатність, далі йдуть рівень психосоціальної адаптації, ресурсна система особистості.

На ґрунті описаних, інших спільних і диференційованих за психопатологічним механізмом маркерів-мішеней, а також оцінки потенційного ризику вчинення повторних деліктів зазначеним контингентом виокремлено напрямки та види реабілітаційних втручань.

Комплексний підхід до усунення СН і відновлення втрачених в результаті хвороби функцій у хворих на шизофренію, які вчинили СНД ПЖО, полягав, по-перше, в широкому використанні методів психофармакотерапії через доведений ефективний вплив на процесуальне захворювання, соціальне функціонування (у всебічному сенсі), по-друге — потенціювання лікування за допомогою психотерапії та психокорекції, по-третє — створення екологічно-щадливого, партнерського терапевтичного середовища.

І, тоді як біологічну терапію фокусували на редукції психопатологічної симптоматики, що зумовлювала, зокрема, судово-психіатричні аспекти вчиненого СНД, рівень дисфункції обстежуваних, її інтеграція з методами психосоціальних втручань сприяла отриманню додатко-

вих переваг пацієнтами у вигляді активного стимулювання, прискорення процесу усунення дефіцитарних проявів, що їх спричинила шизофренія, а також досягнення рівня потенційного розвитку вмінь та навичок, на тлі відновлених завдяки психофармакотерапії стосовно: зменшення рівня функціональної недостатності, підвищення стійкості до стресу, оволодіння навичками управління агресією, формування комунікативних навичок і нівелювання дисфункції в сферах самообслуговування, сімейного, професійного функціонування і розвиток усіх компонентів реабілітаційного потенціалу.

Загальний реабілітаційний маршрут хворих з різними психопатологічними механізмами реалізації делікту в структурі КДЛРП подано у таблиці.

Як впливає з наведеної таблиці, підходи до формування пацієнт-центрованої терапії та реалізації КДЛРП в структурі медико-соціальної реабілітації є вельми застосовними в умовах психіатричного стаціонару з суворим наглядом до усієї популяції хворих, які на теренах України вчинили особливо тяжкі суспільно небезпечні діяння.

Загальний реабілітаційний маршрут особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію в структурі комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Основні завдання етапу		планування КДЛРП		застосування КДЛРП				підготовка до виписки, закріплення навичок ресоціалізації, інтеграції у суспільство	
Терапевтичний режим, характер спостереження		наглядова палата, лікувально-щадливий	наглядова палата, суворе спостереження	лікувально-активуючий, диференційоване обмеження, періодично обмежений	вибіркове обмеження, суворе спостереження	лікувально-активуючий, диференційоване спостереження	відносно вільний, індивідуальне спостереження, залучення у соціально прийнятну активність	максимально вільний для умов ПЗМХ, збереження індивідуального спостереження і контролю	
Діагностичні процедури (встановлення функціонального діагнозу)	дослідження клінічного, психічного, наркологічного статусу, судово-психіатричних аспектів вчиненого делікту	так	так	контроль та реєстрація змін у психічному, наркологічному статусі, виявлення ознак резистентності до терапії, рецидиву захворювання, поглиблення дефіцитарних ознак, декомпенсації акцентуованих типів характеру, актуалізації чинників ризику кримінальних вчинків				так	так
	визначення криміногенних чинників вчиненого СНД	так	так					так	так
	оцінка прогностичних чинників ризику-антиризiku повторних деліктів, формування групи ризику	так	так					так	так
Психофармакотерапія		симптоматична та невідкладна терапія гострих станів, зокрема гострої психічної симптоматики, психомоторного збудження		елективна терапія симптоматики шизофренії, подолання резистентності до терапії, лікування коморбідної патології, дефектних станів, функціональної недостатності		підтримувальна та протирецидивна терапія, зокрема препаратами пролонгованої дії		підтримувальна терапія з переважним застосуванням препаратів пролонгованої дії	

Продовження табл.

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Оцінка рівня дисфункції — реабілітаційний діагноз	оцінка функціональної недостатності	так	так	контроль та реєстрація змін, виявлення ознак підвищення суспільної небезпеки, погіршення реабілітаційного потенціалу, соціального функціонування			так	так	
	оцінка ресурсної системи особистості	так	так				так	так	
	оцінка рівня психосоціальної адаптації	так	так				так	так	
	оцінка ресурсів підтримки у суспільстві	так	так				так	так	
Психосоціальна реабілітація	нівелювання чинників ризику та потенціювання чинників антиризiku делікту	протягом усіх етапів КДЛРП							
	формування найкращого рівня соціального функціонування	протягом усіх етапів КДЛРП							
	психоосвіта	так	так	за умов виникнення суб'єктивної потреби у хворого, уточнення не з'ясованих питань					
	мотиваційний тренінг	так	так	підтримка мотивації до активної участі у лікувально-реабілітаційному процесі			закріплення мотивації комплаєнтності стосовно рекомендацій лікаря (підтримувальна терапія, втілення у життя засвоєних навичок соціального функціонування, ресоціалізації тощо)		
	тренінг соціальних навичок			так	так	закріплення та відпрацювання соціальних навичок	використання вироблених соціальних навичок у повсякденному житті		
	трудотерапія, підтримка зайнятості		елементарні види праці, визначення професійних навичок, схильностей, інтересів	елементарні види трудотерапії, її постійне застосування	«примус» до трудової активності, подолання агравації, підбір труда, адекватного можливостям хворого	стійкий, систематичний характер трудотерапії, використання засвоєних навичок, прищеплення нових	активне залучення до праці, корекція надлишкових домогань, вироблення звички до щоденної праці	види труда за майбутньою професією після виписки	наближення до видів труда за майбутньою професією після виписки
	когнітивно-поведінкова терапія			нормалізація психотичного досвіду, подолання психотичної симптоматики	подолання дистресу, стресових чинників, труднощів в адаптації, ризику вживання ПАР	навчання стратегіям самоврегулювання, управління рецидивом		закріплення отриманих результатів	
	арт-терапія			упорання з позитивною, негативною симптоматикою, реалізація, відігравання внутрішніх переживань, переадресація агресії			активна участь у творчій діяльності, підвищення рівня соціалізації через творчу діяльність, відігравання соціальних ролей, вирішення конфліктів		закріплення отриманих результатів

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Психосоціальна реабілітація	духовно орієнтована (релігійно орієнтована) терапія			емоційна підтримка, корекція емоційних проблем, профілактика вживання ПАР		стимуляція саморозвитку, самопізнання, самосвідомості, орієнтації на духовність, корекція моральних настанов, закріплення тверезого та здорового способу життя			
	фізіотерапія, клімато-, фітотерапія, дієтичне харчування, різні види фізичної культури	протягом усіх етапів КДЛРП для зміцнення загального стану							
	формування навичок проведення дозвілля, хобі			пасивна участь, уточнення інтересів і захоплення	залучення до соціально прийнятого проведення дозвілля під контролем лікаря, психолога, визначення хобі, інтересів	залучення до соціально прийнятого проведення дозвілля під контролем лікаря, психолога, визначення хобі, інтересів	активна участь, прагнення до соціально прийнятого проведення дозвілля, реалізація хобі і інтересів	закріплення отриманих моделей поведінки, стимуляція власної ініціативи до їх реалізації в стаціонарі та після виписки	
	участь у групах самопомочі, самоврядуванні			залучення до участі під контролем лікаря, психолога		регулярне виконання суспільних доручень при обмеженій відповідальності		режим максимального самоврядування, допомога та турбота про інших	
Моніторинг ефективності реалізації КДЛРП	вихід з гострого стану	так	так						
	самостійне функціонування ¹	так	так						
	навчання і самовизначення ²			так	так				
	базове функціонування ³			так	так				
	загальне благополуччя ⁴			так	так				
	реалізація реабілітаційного потенціалу ⁵					так	так		
	рівень соціального захисту / матеріально-побутові умови ⁶							так	так
Дієздатність		недієздатний		обмежена дієздатність, зніційована свого часу членами родини				оформлення опіки	
Соціальна допомога	ознайомлення з терапевтичним режимом, допомога в адаптації до нього	так	так						
	визначення працездатності	так	так	оцінка здатності до певної професійної діяльності		консультування з проблем працевлаштування			
	визначення соціальних проблем (матеріально-побутовий стан, майно, юридична підтримка)	відновлення реєстрації, паспортизація, оформлення відповідного соціального, сімейного статусу, допомога щодо поліпшення житлових умов, відновлення прав на житло тощо						повне вирішення житлових, сімейних умов	

Закінчення табл.

Етап КДЛРП		адаптаційно-діагностичний		інтенсивних лікувально-реабілітаційних заходів		стабілізації досягнутого ефекту		завершальний	
		Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД	Хворі з П-П МР СНД	Хворі з Н-О МР СНД
Соціальна допомога	створення базису соціальної підтримки і супроводу	виявлення проблем у соціально-правовому статусі, оцінка рівня його взаємодії з органами опіки, соціальної допомоги, виявлення проблем з отримання грошової соціальної допомоги тощо						вирішення юридичних, матеріальних, побутових, проблем, урегулювання питань соціальної допомоги і узгодження питань щодо подальшого лікування за межами стаціонару	
	взаємодія з родичами та опікунами	протягом усіх етапів КДЛРП інформаційна (зокрема психоосвіта), консультативна підтримка, психотерапевтична психокорекційна допомога (за зверненням)							

Примітки: Під цими характеристиками йдеться про: ¹ — участь і інтенсивна робота пацієнта в подоланні рівня дисфункції, звернення за допомогою у важких ситуаціях; ² — контроль життя, проблем з психічним здоров'ям, участь в навчанні новим навичкам; ³ — подолання проблем зі спілкуванням, самоусвідомлення себе як особистості, позитивний настрій на терапію і реабілітацію; ⁴ — задоволеність харчуванням, поява інтересів, зниження комунікативного дефіциту, комплаєнсу; ⁵ — гарне самопочуття, планування і прогрес в досягненні цілей, відчуття внутрішньої гармонії, позитивна оцінка життя, віра в перспективу поліпшення якості життя, реалізація копінг-стратегій, турбота і захист інших хворих, участь в діяльності, що забезпечує хворого і приносить користь іншим; ⁶ — використання навичок поведінки з готівкою / безготівковими грошима, «облагороджування», прикраса палати, подолання аутостигматизації і травми в зв'язку зі стигматизацією, взаємодії з соціальними інститутами. Порожні клітинки — відсутність застосування заходів КДЛРП на відповідному етапі

До методів психосоціального втручання, відповідно до результатів нашого дослідження, треба віднести:

— психоосвіту, включаючи навчання участі в лікувальних програмах;

— мотиваційний тренінг задля формування активної участі у лікувально-реабілітаційних заходах, підвищення комплаєнсу тощо;

— трудотерапію і підтримку зайнятості задля підвищення конкурентоспроможності в рамках конкретної професії, що вже мали обстежувані, зокрема спільно з навчанням способом відповідності вимогам роботодавця, пошуку роботи;

— когнітивно-поведінкову терапію з метою нормалізації психотичного досвіду пацієнта, подолання продуктивної симптоматики, дистресу, труднощів в адаптації, опрацювання тригерів і ризиків рецидиву шизофренії і коморбідного вживання ПАР, навчання саморегульованим стратегіям управління рецидивом та ін.;

— арт-терапію для упорання з негативною симптоматикою;

— тренінг соціальних навичок задля формування інструментальних і афіліативних навичок в сферах, необхідних для задоволення вимог міжособистісних відносин, самообслуговування, суспільного життя, для усунення дефіциту конкретних ролей функціонування пацієнтів;

— духовно орієнтовану (релігійно орієнтовану) психотерапію для стимуляції саморозвитку, орієнтації на духовність, корекції моральних настанов, емоційної підтримки і корекції емоційних проблем, профілактики вживання ПАР;

— фізіотерапія, клімато-, фітотерапія, дієтичне харчування, різні види фізичної культури — для зміцнення загального здоров'я пацієнтів, прищеплення ним навичок здорового способу життя.

На нашу думку, під час організації такої роботи пацієнти повинні відчувати протективну підтримку і за-

своювати навички поведінки вже на мікросоціальному рівні (палата) і при взаємодії з медичним персоналом. При цьому фокус має бути зміщений в бік синергічного підходу, при якому наслідки поведінки йдуть безпосередньо за дією і є зрозумілими для хворого. Зокрема, наприклад, при нездатності хворого планувати свої дії або діяти цілеспрямовано, так само як і прогнозувати їх, йому треба негайно надати психологічну підтримку або консультацію персоналу щодо найбільш адаптивного варіанту поведінки в кожному конкретному випадку. Те ж стосується розвитку/відновлення навичок СФ, способу життя, терапії працею.

Групову терапію доцільно проводити для вироблення соціально прийнятих взаємодій (комунікативно-коригувальна і когнітивно-поведінкова терапія), а саме: вправи для релаксації, духовні, медитативні практики, тренінги подолання стресу, агресивної, аддиктивної поведінки, формування навичок оптимального спілкування, вирішення конфліктів, пристосування до складних життєвих ситуацій, прийняття і примирення з власною соціальною роллю (виробленої в процесі ПММХ), фізичні вправи, терапія мистецтвом (арт-терапія, фільмотерапія, бібліотерапія), психоосвітня робота і т. ін.

Індивідуальні тренінги, на нашу думку, є доречними у разі неефективності групових занять, зумовленої нейрокогнітивним дефіцитом. Такі втручання слід зосереджувати на розвитку реабілітаційного ресурсу, навичок співіснування, упоранні з продуктивною симптоматикою, зміцненні опору імперативам марення і галюцинацій.

Оцінення результативності КДЛРП, відповідно до запропонованих реабілітаційних маршрутів, показало таке.

В I основній групі зареєстровано одужання (значне покращання) у 2 хворих, покращання психічного стану спостерігали у 88 пацієнтів, у 35 осіб — стан залишився без змін, а в контрольній групі — у 35 обстежуваних діагностовано покращання стану, у 91 хворого — без змін.

В II основній групі хворі розподілилися за цим показником таким способом: 2 особи — одужання (значне покращання), 46 осіб — покращання, 16 хворих — без змін, а в II контрольній — у 16 осіб діагностовано покращання психічного стану, у решти 47 пацієнтів — без змін

Відповідно коефіцієнт результативності КДЛРП за динамікою ступеня тяжкості психопатологічної симптоматики в I основній та I контрольній групах склав $\Delta PSS_E = (2 \times 3 + 88 \times 2 + 35 \times 0) / 125 - (35 \times 2 + 91 \times 0) / 126 = 0,9$, а в II основній та II контрольній:

$\Delta PSS_E = (2 \times 3 + 46 \times 2 + 16 \times 0) / 64 - (16 \times 2 + 47 \times 0) / 63 = 1,03$. Тобто, констатовано кращу редукцію симптомів шизофренії (додатний знак рівняння) в основних групах та у хворих з продуктивно-психотичним МР СНД за величиною коефіцієнта ΔPSS_E .

Слід зазначити, що редукція ступеня СН хворих в основних та контрольних групах відповідала динаміці у них проявів шизофренії, а саме: відсутність СН в I основній групі зареєстровано у 90 хворих, її пасивний тип — у 35 осіб; у I контрольній групі редукцію СН спостерігали у 35 випадках, пасивний тип СН — у 91. Серед хворих з Н-О МР СНД ступінь СН обстежуваних виявилася такою: 48 осіб і 16 осіб II основної групи та 16 осіб і 47 осіб II контрольної групи було зареєстровано з відсутністю або пасивним типом СН, відповідно.

В I основній та I контрольній групах:
 $\Delta PDR_E = (90 \times 0 + 35 \times 1) / 125 - (35 \times 0 + 91 \times 1) / 126 = -0,44$, в II основній та II контрольній:

$\Delta PDR_E = (48 \times 0 + 16 \times 1) / 64 - (16 \times 0 + 47 \times 1) / 63 = -0,5$. Зазначене вказує на гірший рівень редукції суспільної небезпеки протягом ПЗМХ у хворих контрольних груп (від'ємне значення коефіцієнта) та її більш повільну динаміку під впливом традиційного лікування у пацієнтів з Н-О МР СНД.

Частота випадків позитивної відповіді на терапію, PTR в I основній групі склала $PTR = 90 / 125 = 0,72$, в I контрольній — $PTR = 35 / 126 = 0,28$, в II основній — $PTR = 48 / 64 = 0,75$, в II контрольній — $PTR = 16 / 63 = 0,25$. Така частота ефективності психофармакотерапії додатково свідчить про доцільність її потенціювання за допомогою розроблених заходів М-СР.

Загалом застосування в судово-психіатричній практиці описаних підходів до медико-соціальної реабілітації особливо небезпечних хворих на шизофренію показав, що рівень дисфункції загального соціального функціонування в основній групі покращився на 72 %, в контрольній — на 44 %; зниження рівня конфліктної, агресивної, надактивної поведінки — на 69 % і 33 %, дисфункція в самообслуговуванні — на 67 % і 33 % відповідно.

Проведене дослідження дозволило дійти таких висновків.

1. На ґрунті результатів комплексного, всебічного дослідження розроблені та оцінені результативність комплексних диференційованих лікувально-реабілітаційних програм, провідною ланкою яких є адекватна психофармакотерапія на тлі достатньої тривалості ліку-

вання. Результативність КДЛРП суттєво підвищується за рахунок використання у структурі реабілітаційного маршруту пацієнтів одночасних (або послідовних) трирівневих заходів як-от:

а) створення відповідного терапевтичного середовища для здійснення і втілення терапевтичного режиму (екологічно-щадливого) з акцентом на адекватній психофармакотерапії;

б) групової терапії з метою потенціювання, підвищення, розширення потенціального рівня соціалізації хворих і вироблення навичок адаптивної поведінки, соціальних норм;

в) індивідуальних реабілітаційних програм.

2. Оцінка результативності запропонованих комплексних програм показала їх ефективність стосовно редукції психопатологічної симптоматики, суспільної небезпеки та позитивного відгуку на терапію у особово суспільно небезпечних хворих на шизофренію в умовах застосування до них примусових заходів медичного характеру.

Список літератури

1. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. Москва : Медицина, 1978. 294 с.
2. Лапач С. Н., Чубенко А. В., Бабич П. Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel. Киев : Морион, 2000. 320 с.
3. Пішель В. Я., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Алгоритм встановлення функціонального діагнозу хворим на шизофренію, які вчинили суспільно небезпечні діяння проти життя особи // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 2 (73). С. 67—71.
4. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особистісні особливості хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації суспільно небезпечних діянь як маркери їх психосоціальної реабілітації // 36. наук. праць співробіт. НМАПО імені П. Л. Шупика. 2015. Вип. 24 (3). С. 164—169.
5. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особливості психічної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію // Там само. 2015. Вип. 24 (4). С. 97—102.
6. Мішиєв В. Д., Гриневич Є. Г., Кушнір А. М. Особливості психосоціальної адаптації особливо суспільно небезпечних хворих на шизофренію // Там само. 2015. Вип. 24 (5). С. 385—391.
7. Кушнір А. Н. Факторы риска и антириска повторной реализации общественно опасных действий больными шизофренией // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2015. № 3 (21). С. 27—37.
8. Кушнір А. М. Особливості соціального функціонування суспільно небезпечних хворих на шизофренію як маркери-мішені їх реабілітації // Український вісник психоневрології. 2015. Т. 23, вип. 3 (84). С. 83—88.

Надійшла до редакції 03.10.2017 р.

КУШНІР Анатолій Миколайович, головний лікар Державного закладу «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом Міністерства охорони здоров'я України», м. Дніпро, Україна

KUSHNIR Anatolii, Head Physician of the State Institution "Ukrainian mental hospital with the high security of Ministry of Health of Ukraine", Dnipro, Ukraine

УДК 616.895:159.922.2

*М. В. Маркова, О. В. Піонтковська, А. Г. Соловійова***ВПЛИВ ВИМУШЕНОГО ПЕРЕМІЩЕННЯ НА ПСИХОЕМОЦІЙНУ СФЕРУ ДИТИНИ***М. В. Маркова, О. В. Пионтковская, А. Г. Соловьёва***Влияние вынужденного перемещения на психоэмоциональное состояние ребенка***M. V. Markova, O. V. Piontkovska, A. G. Soloviova***Influence of family forced migration on the child's psychoemotional state**

На ґрунті аналізу великого масиву наукових даних стверджується, що вимушене переміщення справляє виражений негативний вплив на психоемоційний стан дитини; воно також спричиняє порушення сімейного та батьківсько-дитячого функціонування. Між тим, на сьогодні особливості змін у психоемоційній сфері дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України практично не вивчені. Це ускладнює розроблення адресних програм психокорекції та психопрофілактики, а також погіршує якість медичної допомоги, що надається таким дітям. Наголошується на нагальній потребі у дослідженні особливостей психологічного стану цього контингенту, та розробленні на ґрунті даних таких досліджень сучасних та ефективних підходів до лікування, корекції та профілактики несприятливих змін у психоемоційній сфері таких дітей.

Ключові слова: психоемоційний стан, дитина, вимушене переміщення

На основе анализа значительного массива научных данных утверждается, что вынужденное перемещение оказывает выраженное негативное влияние на психоэмоциональное состояние ребенка; оно также приводит к нарушению семейного и родительско-детского функционирования. Между тем, особенности изменений в психоэмоциональной сфере детей — внутренне перемещенных лиц в результате боевых действий на Востоке Украины практически не изучены. Это затрудняет разработку адресных программ психокоррекции и психопрофилактики, а также ухудшает качество медицинской помощи, предоставляемой таким детям. Отмечается необходимость исследования особенностей психологического состояния данного контингента и разработки на основании данных таких исследований современных и эффективных подходов к лечению, коррекции и профилактике неблагоприятных изменений в психоэмоциональной сфере таких детей.

Ключевые слова: психоэмоциональное состояние, ребенок, вынужденное перемещение

Based on the analysis of a large body of scientific data, the paper presents the results that indicate that family forced displacement has a significant negative impact on the psychoemotional state of the child and also causes a disturbance in a family and parental-child functioning. Meanwhile, the peculiarities of changes in the psychoemotional sphere of children who were internally displaced as a result of military actions in the East of Ukraine have not been studied in practice. This fact complicates the development of addressing programs of psychocorrection and psychoprophylaxis and also worsens the quality of medical care provided to such children. The paper emphasizes the urgent need to study the specifics of the psychological state of this contingent of children and emphasizes the need to develop, based on data from such studies, modern and effective approaches to the treatment, correction and prevention of adverse changes in the psychoemotional sphere of such children.

Key words: psychoemotional status, child, forced displacement

Травматичні події війни, насильство та загрози, що спричиняють вимушене переселення, справляють надзвичайно потужний негативний вплив на психіку дитини [1, 2].

Для описання психологічного досвіду вимушеного переселення, що включає вельми травматичні, важкі і стресові переживання, які ускладнюють психічне здоров'я біженців, запропоновано декілька хронологічних моделей.

Досвід біженця зазвичай поділяється на три фази: передміграція, міграція та постміграція [3, 4].

Фаза передміграції охоплює період часу перед моментом залишення місця постійного проживання; цей етап характеризується бойовими діями, насильством та соціальними потрясіннями, коли потенційні біженці стикаються із загрозами їхній безпеці, загрозами родині, позбавленням або обмеженням базових основоположних прав і свобод. Діти, що перебувають на території збройного конфлікту, піддаються підвищеним загрозам насильства, включаючи загрозу зґвалтування, катування, військових травм, зловживання психоактивними речовинами, депресії, тривоги та суїцидального ризику [5, 6].

Наступна фаза — міграції — включає переміщення біженців з місць постійного проживання до місць тимчасового перебування. Ця фаза характеризується невідомістю щодо майбутнього; додатковим стресом для дітей є розлучення з батьками (або одним з батьків), близькими людьми, однолітками, однокласниками та друзями, поміщення у незнайому, почасти ворожу обстановку, а також обмеженням їхніх прав і свобод [4].

Постміграційна фаза охоплює період перебування (більш або менш тривалий) на новому місці проживання. Для цієї фази характерні стійкі реакції горя на втрату звичного місця проживання, родини, друзів та матеріальних статків. При цьому вирішальне значення має ставлення до біженця приймаючої сторони. Позитивне, обнадійливе ставлення, забезпечення безпеки та перспективи можуть допомогти дітям-біженцям та їхнім сім'ям зменшити стрес і подолати наслідки реакцій горя та втрати у період після переселення [6].

R. K. Papadopoulos (2001, 2002) виокремлює чотири стадії, що складають «травму біженця»: передбачення, руйнації, виживання та адаптації. Стадія передбачення характеризується формуванням передумов для міграції (загроза смерті, поранення, насильства, втрати майна тощо). Стадія руйнації відповідає передміграційній фазі трифазної моделі, а стадія виживання належить до періоду переміщення; останні етапи обох моделей аналогічні [7, 8].

На думку L. De Haene et al. (2007), стресові фактори, викладені в обох наведених моделях, наголошують додаткову уразливість дітей-біженців [9].

M. Hodes, J. Tolmac (2005) зазначають, що діти-біженці психічно неоднорідні і мають різні прояви порушень у психоемоційній сфері, однак, усі вони виявляють значний вплив травматичних подій, насильства і втрат, і зазнають вищий рівень ізоляції порівняно з однолітками, які не є біженцями; ці проблеми найбільшою мірою виражені у тих, хто страждає на психічні розлади. Авторі зазначають, що цей контингент є вельми складним і потребує особливої підтримки та злагодженої взаємодії між різними

ми службами охорони здоров'я та соціального захисту, однак, багато ключових питань менеджменту медичної та соціальної підтримки дітей-біженців досі перебувають та етапі розробки й обговорення [10].

I. Derluyn, E. Broekaert (2008) наголошують, що діти та підлітки-біженці є психологічно вразливими групами, адже вони змушені стикатися не лише із загальними проблемами, притаманними усім переселенцям, а й з іншими ризиками, що загрожують їх емоційному самопочуттю, наслідками яких є важливі емоційні та поведінкові проблеми. Ще одним важливим аспектом проблеми дітей-переселенців, на який звертають увагу автори, є прагнення суспільства та оточуючих людей розглядати таких дітей та підлітків як «біженців» чи «переселенців», а не як «дітей», що зрештою призводить до дефіциту психологічної уваги, турботи та підтримки, якої вони критично потребують [11].

G. Leavey et al. (2004), дослідивши психологічні розлади серед дітей-біженців у Лондоні, виявили знижену самооцінку та вищий рівень психологічного стресу за основними показниками [12].

У дослідженнях A. A. Thabet et al. (2004, 2005), T. Ziaian et al. (2012) повідомляється про значну поширеність симптомів депресії і тривоги у дітей у сім'ях біженців [13—15].

D. Ingleby, C. Watters (2002) зазначають, що діти-біженці протягом тривалого часу (іноді — кількох років) стикаються з потужним психоемоційним стресом і психотравмою, тож їх слід розглядати як «групи ризику» з погляду їхнього фізичного та психічного здоров'я [16].

S. Özer, S. Şirin, B. Oppedal (2017), які вивчали психологічні проблеми дітей, що постраждали внаслідок збройного конфлікту в Сирії, повідомляють, що 74 % обстежених дітей зазнали смерті когось з найближчого оточення, хто піклувався про них; близько 50 % перенесли 6 і більше травматичних подій. Водночас, 71 % дівчаток і 61 % хлопчиків мали можливість отримати допомогу і підтримку від близьких людей, яким вони довіряли [17].

Дослідженнями V. Papageorgiou et al. (2000), E. Heptinstall, V. Sethna, E. Taylor (2004), M. Kia-Keating, B. N. Ellis (2007) було виявлено, що від 28 % до 60 % дітей та молоді, переміщених із зон конфліктів до США, Великої Британії та Греції, були розлучені з батьками протягом місяця і більше, або їхні батьки були вбиті [18 — 20].

Дослідження, проведені серед дітей біженців, які живуть у країнах Заходу, виявили ураженість цього контингенту депресивними розладами на рівні від 3 % до 30 %, а посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) — від 19 % до 54 %, тоді як поширеність посттравматичних розладів загалом серед дитячого населення складає від 2 % до 9 % [21]; водночас, деякі дослідники зауважують на суттєвих методологічних розбіжностях під час проведення подібних досліджень, що може поставити під сумнів їх результати [22].

У роботі A. Alayarian (2009) наводяться дані, що від 15 до 43 % дівчаток та від 14 до 43 % хлопчиків протягом життя виявляють щонайменше один прояв посттравматичних розладів; при цьому у 3—15 % дівчат та у 1—6 % хлопчиків виявлені клінічні ознаки вираженого ПТСР. У 90 % дітей, що зазнали сексуальне насильство, і у 77 % дітей, що стали жертвами насильства з боку оточення, було виявлено симптоматику ПТСР [23].

Важкість наслідків травматизації залежать від віку дитини, тривалості травми, особливостей індивідуального досвіду та захисних факторів; при цьому вирішальне значення має вік, у якому мав місце травматичний

досвід, а також його тривалість. Травматичний досвід раннього дитинства, зокрема, відсутність належного догляду, може мати катастрофічні наслідки для психіки дитини [24, 25].

M. Hasanović (2011), вивчивши психологічні наслідки війни в колишній Югославії, виявив клінічні рівні ПТСР приблизно у 50 % боснійських дітей [26].

Одним з найбільш вагомих психосоціальних стресорів, що має вплив на психоемоційну сферу дітей-біженців, є несприятливі соціально-економічні умови. Дослідженнями R. H. Bradley, R. F. Corwyn (2002), G. W. Evans (2004), National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (2005) виявлено, що діти, які переживають хронічну бідність, демонструють нижчий рівень когнітивної ефективності [27—29]. Крім безпосереднього впливу несприятливих соціально-економічних чинників на психіку дитини, такі діти зазнають психотравмуючого впливу через хвилювання і сум, пов'язані з долею батьків та інших родичів, що залишилися у небезпечних умовах в країні початкового перебування. Члени сім'ї часто залишаються в нестабільних умовах у країні, де йде війна, або у прилеглих до неї областях, що призводить до відсутності піклування і турботи про дітей; у випадках, коли один або обоє батьків супроводжують дитину, вони можуть страждати від бідності, роз'єднання сім'ї та інших проблем [30, 31]. Переживання втрати і горя окремими членами сім'ї може бути вельми глибоким, і значення цих переживань як джерела емоційних та когнітивних труднощів у дітей недооцінюється [32].

S. Özer, S. Şirin, B. Oppedal (2017), досліджуючи поширеність психопатологічних феноменів у дітей-біженців, що постраждали внаслідок збройного конфлікту в Сирії, повідомляють, що 46 % дівчаток та 44 % хлопчиків виявляли клінічну симптоматику ПСТР (гендерні відмінності виявилися не значущими), що суттєво перевищує, наприклад, поширеність ПТСР серед американських підлітків — 6,3 % у дівчат і 3,7 % у хлопчиків (J. A. Fairbank, F. W. Putnam, W. W. Harris, 2007) [17, 33]. Автори зазначають значні методологічні та організаційні труднощі, пов'язані з вивченням поширеності посттравматичної симптоматики у дітей-біженців, пов'язані як з впливом умов перебування (наприклад, табір для біженців), так і з транзитним характером симптоматики ПТСР, що може з'являтися і зникати, позаяк є відкладеною відповіддю на травматичний досвід. У дослідженні також звертається увага на значну ураженість дітей, які страждають на посттравматичні розлади, депресивною та психосоматичною симптоматикою; зазначається, що значна частина дітей реагують на травматичні події депресивним настроєм, при цьому дитяча депресія також може бути спричинена накопиченням неприємностей у повсякденному житті дитини у таборі, такими як турбота про своїх батьків, конфлікти з друзями, турбота про майбутнє, шкільні проблеми тощо. Депресивна симптоматика була виявлена у 44,3 % дітей — сирійських біженців, а у 20 % були наявні ознаки клінічного депресивного розладу; у таких дітей виявлялося суттєве зниження емоційних, поведінкових та когнітивних функцій. Сирійські діти-біженці часто страждали від психосоматичної симптоматики, зокрема, близько 25 % таких дітей щоденно відчувають біль у руках та ногах, а більше третини з них страждають на такі прояви кілька разів на тиждень. Частим явищем було поєднання кількох проблем з боку психічного здоров'я; у 65 % дітей симптоматика була виражена настільки сильно, що серйозно знижувала їх рівень функціонування [17].

M. Fazel, J. Wheeler, J. Danesh (2005) наводять дані обстеження 260 дітей-біженців з трьох країн, що виявило середню поширеність ПТСР в 11 % (з коливаннями від 7 % до 17 %) [34].

У дослідженні J. Henley, J. Robinson (2011) встановлено, що симптоматика посттравматичного стресового розладу у дітей зберігається до дванадцяти років після переселення [22].

За даними деяких дослідників, багато симптомів ПТСР, тривоги та депресивних розладів можуть безпосередньо або опосередковано впливати на якість навчання, зокрема, внаслідок ініціації психологічних механізмів витіснення і розсіювання травматичних спогадів, пригнічення спонтанних думок, а також інших механізмів, що можуть пов'язувати симптоматичні реакції на травму з когнітивним функціонуванням [35, 36]. Високий рівень тривоги і депресії напругу впливають на знижену здатність до концентрації уваги, що закономірно знижує можливості дитини засвоювати нову інформацію, когнітивні функції та продуктивність [37]. Деякі посттравматичні симптоми, такі як надпильність, дисоціація, змінені стани свідомості та амнезія, можуть негативно впливати на когнітивне функціонування, здатність до розуміння інструкцій, стан пам'яті (включаючи можливість утримання інструкцій у короткотривалій пам'яті при вирішенні завдань), фіксацію енгам у довготривалій пам'яті, здатність до узагальнення і формування категорій понять, оперування абстрактним і конкретним мисленням, що є підґрунтям для синтезу стратегії розв'язання проблем [38].

Узагальнюючи дані тридцяти чотирьох досліджень, H. R. Graham, R. S. Minhas, G. Paxton (2016) зазначають, що діти-біженці страждають від проблем з навчанням, при цьому основними чинниками ризику зниженої успішності було неконструктивне ставлення з боку батьків щодо освітніх програм та уявлень про освіту, негативні стереотипи вчителів та низький рівень очікувань, знущання та расова дискримінація, травма передміграції та постміграції, обмеження свободи, а найважливішими ресурсними факторами для успіху були високі академічні та життєві амбіції, адекватні мотиваційні наративи, активна участь батьків в освіті, сімейна згуртованість та сприятлива домашня обстановка, правильна освітня оцінка та організація занять, вчительське розуміння мовної та культурної спадщини, культурно відповідний шкільний перехід, підтримка однолітків та успішна акультурація [39]. D. Palmer, K. Ward (2007) зазначають, що негативні наслідки для здоров'я переміщених осіб є особливо значимими, коли переселення є вимушеним через серйозні конфлікти в країні, пов'язані з насильством і ризиком травм [40].

У дослідженнях D. Cicchetti, S. L. Toth (2005) [41], A. S. Masten, A. J. Narayan (2012) [25] привертається увага до ролі психологічних чинників у протидії травматичним подіям; у цьому аспекті ключове значення мають вплив травми на розвиток індивіда у період раннього дитинства, при цьому залежності, бездоглядності та інші травматичні переживання виявляють кореляції з нейробіологічним, когнітивним та емоційним розвитком і подальшим порушенням когнітивного та шкільного функціонування дитини.

Надзвичайно важливим чинником, що впливає на стан психоемоційної сфери та когнітивний розвиток дитини, є сімейне функціонування. Безпечна і стимулююча дитину сімейна обстановка з мінімальним стресом та тривогою сприяє факторам, що поліпшують когнітивне функціонування, включаючи творчу гру, дорослі заняття, посеред-

ництво у навчанні, розвиток толерантності та впевненість у собі (National Scientific Council on the Developing Child, 2004—2010) [42—45]. Натомість, сімейні стресові фактори можуть призвести до підвищеного рівня тривожності, депресії та зниження успішності [46]. Деформація сімейних відносин та низький соціальний статус, інші проблеми батьків асоційовані з шкільними проблемами дітей; у цьому аспекті школа може відігравати вагому роль у відновленні нормального функціонування дітей-біженців [47].

I. Leth et al. (2014) привертають увагу до проблеми впливу на психіку дітей-біженців їхніх батьків. Батьки-біженці відрізняються від батьків-іммігрантів, що зачіпає низку важливих чинників, які впливають на виховання дитини; на думку авторів під час оцінювання психічної сфери дітей-біженців треба обов'язково враховувати стан психічного здоров'я їхніх батьків [48]. Тривалість збройного конфлікту та насильства в країнах-донорах, небезпека при переміщенні та незадовільні умови у місцях перебування серйозно порушують батьківсько-дитячу взаємодію і можуть призвести до критичних наслідків [49].

Деякі дослідники звертають увагу на взаємний негативний вплив дітей і батьків-біженців. Діти-біженці можуть виявляти особливу чутливість до травматичного досвіду біженців; при цьому їхні батьки, що самі травмуються внаслідок дії катастрофічного стресу, виявляються нездатними відповідати на травматизацію своїх дітей, що, у свою чергу, негативно впливає на їхні взаємовідносини. Діти, які стали свідками насильства щодо своїх батьків, можуть перейматися батьківським страхом і відчуттям неможливості захистити себе [9, 50, 51].

Інші автори звертають увагу на відмінності у психологічних реакціях на переміщення у дорослих і дітей — біженців. Зокрема, прибувши до нового місця проживання, дорослі біженці загалом відчувають полегшення; рішення залишити постійне місце проживання приймалося під тиском війни і загрози життю та здоров'ю, тож вони почуваються у безпеці. Натомість, діти можуть бути не поінформовані про логіку міграції, і в результаті вони можуть реагувати на переміщення гнівом та засмученням, що, у свою чергу, може спричинити у батьків почуття провини. Інша відмінність полягає у тому, що адаптація на новому місці у дорослих зазвичай проходить через процес «пробудження», коли зіткнення з новими суспільними вимогами може спричинити почуття безпорадності або агресивності. Натомість, діти часто адаптуються швидше, легше входять до нового мовного та соціального середовища, налагоджуючи контакти з однолітками [52].

Діти-біженці можуть отримувати недостатню емоційну підтримку від своїх батьків, які змушені постійно боротися з власними проблемами, такими як безробіття, неповна зайнятість і бідність, небезпечне житло, а у низці випадків — також з расистською і ксенофобською поведінкою [53]. У сім'ях біженців можуть бути обмежені можливості соціального спілкування внаслідок малих розмірів та фрагментації спільнот біженців [54]. При цьому самі діти можуть безпосередньо відчувати проблеми бідності та расизму, стикаючись з новим культурним та соціальним середовищем, умови якого можуть бути несприятливими для їхньої психоемоційної сфери та навчання [55].

R. V. Reed et al. (2012), які дослідили психічне здоров'я переміщених дітей та дітей-біженців, наголошують на надзвичайно важливій протективній ролі щодо психічних порушень таких чинників: стабільне сімейне життя,

якісна освіта та суспільна підтримка, отримана переміщеною дитиною під час процесу її інтеграції до місцевих громад [51].

М. Shaheen (2012) дослідив особливості якості життя (включаючи важливі психологічні аспекти) та психосоціальної адаптації дітей-біженців (у віці від 9 до 19 років) за допомогою напівструктурованого інтерв'ювання їх самих, їхніх батьків та шкільного персоналу. При цьому досліджувалося розуміння учасниками дослідження чинників, притаманних новому соціальному середовищу, їх вплив на психічне здоров'я та психологічне благополуччя дітей-біженців, включаючи вивчення стресостійкості та ролі чинників ризику та антиризiku. Було виявлено як негативний (висока концентрація на травматичних подіях), так і позитивний (підвищення рівня стійкості та напрацювання стратегій, що дозволяють більш ефективно долати життєві труднощі і бути успішними і щасливими) вплив фактора переміщення на психіку дітей; водночас наголошується на індивідуальному характері травматичного досвіду. Автор вважає принципово необхідним надання дітям-біженцям можливості відреагування пережитого, що в умовах школи може бути досягнуто через мистецтво та розповіді: дітей слід заохочувати малювати і зображати свою історію життя таким способом, щоб зробити їх сильнішими; школа повинна планувати та виховувати підходи до нарративної терапії, щоб діти могли вільно «розповідати» свої історії. Важливим є також захист дітей від відчуження й агресії приймаючої громади, включаючи додаткову академічну підтримку, спеціальні служби психологічної допомоги та створення доброзичливого до біженця, партнерського шкільного і позашкільного середовища [4].

Враховуючи складний та багатфакторний вплив фактора переміщення на психіку дитини, чимало авторів вважають ключовим завданням досліджень особливостей психологічного реагування дітей-біженців визначення чинників ризику та антиризiku психоемоційних порушень на кожному етапі досвіду біженця. Неприятливий вплив психоемоційного стресу, пов'язаного з бойовими діями, насильством, розлученням з рідними та звичним оточенням тощо, не викликає сумнівів і підтверджений численними дослідженнями [56, 57]. Водночас, деякі автори наголошують на тому, що, незважаючи на неблагополуччя і проблеми, пов'язані з вимушеним переселенням, багато дітей-біженців успішно реалізуються в різних аспектах життя (М. Shaheen, 2012). Вони здатні використовувати внутрішні та зовнішні ресурси не лише для виживання, а й для розвитку і досягнення життєвого успіху [4].

М. Hodes (2000) наголошує, що більшість дітей-біженців справляються з катастрофічними життєвими подіями і важкими обставинами, з якими стикаються вони та їхні сім'ї, тому вкрай важливим є вивчення ресурсів і стратегій подолання стресу, які використовуються цими дітьми для успішного функціонування [58].

Питання співвідношення чинників ризику та антиризiku у генезі психоемоційних порушень у дітей є одним з найбільш важливих та складних питань [59]. Е. Werner et al. (1982—2000) зазначають, що протективні фактори і чинники ризику зазвичай поєднуються разом і впливають синхронно [60, 61].

А. J. Sameroff et al. (1987) виокремлюють десять ключових чинників ризику оточення для психоемоційного стану дитини: стан психічного здоров'я матері, підвищена материнська тривожність, жорстка батьківська позиція, вірування та цінності щодо розвитку дитини, недостат-

ність позитивних спонтанних реакцій матері на дитину, незадовільне фінансове становище сім'ї, низький рівень материнства, незахищений соціальний статус, недостатній рівень сімейної підтримки за відсутності одного з батьків, стресові події життя та великий розмір сім'ї [62]. К. Appleyard et al. (2005) вважають, що чим більша кількість цих чинників ризику впливають на дитину, тим більш несприятливим є розвиток дитини [63].

На протилежність чинникам ризику, на кожному з етапів досвіду біженця існують протективні фактори, що сприяють захисту від стресу. Виділяють три групи захисних факторів: диспозицію дитини, включаючи її самооцінку та особливості реагування на нові ситуації; підтримка сім'ї та позитивні стосунки хоча б з одним із батьків; підтримка з боку вчителів, однолітків, родичів та фахівців медичного і психологічного профілю [6]. Ці фактори включають характерологічні та особистісні особливості дитини, сформованість навичок спілкування, розв'язання проблем, здатності шукати і знаходити підтримку з боку оточуючих, вміння оцінювати інших людей та переконання, що їхні дії призведуть до позитивних результатів. М. K. Alvord, J. J. Grados (2005) наголошують на принциповій ролі компетентних батьків, позитивних зв'язків з однолітками, розвиненої та ефективної мережі підтримки, а також наявності ефективної внутрішньошкільної допомоги [64], а М. N. Raghallaigh, R. Gilligan (2010) зазначають, що дітям з емоційними та поведінковими проблемами притаманні специфічні психологічні реакції і копінг-паттерни [65].

М. M. Janssen et al. (2004) зазначають, що фактор відриву від звичного соціального середовища є одним з провідних чинників погіршення психічного здоров'я у дітей та підлітків, а також наявності у них проблем у відносинах з оточуючими [66]. Аналогічні дані наводять Н. Nordahl-Jensen, В. E. Holstein (2010), які, базуючись на результатах масштабного дослідження (7056 дітей та підлітків 11—15 років) повідомляють про більшу поширеність нервово-психічних порушень серед переміщених дітей (28 % хлопчиків та 32 % дівчаток проти 18 % та 23 % відповідно у місцевих дітей та підлітків). Водночас, у цьому дослідженні не вдалося виявити значущих розбіжностей в ураженні соматичною (зокрема й психосоматичною) симптоматикою між місцевими та переміщеними дітьми [67].

Н. Carlerby et al. зазначають гірший рівень здоров'я та більшу кількість суб'єктивних скарг на погіршення здоров'я у переміщених дітей, більшою мірою виражені у дівчат. Також у дівчаток більш поширеною є депресивна симптоматика. Натомість, у хлопчиків-переселенців більше виражені симптоми ПТСР порівняно з дівчатками [68].

Водночас, інші дослідники визнають гендерні відмінності у проявах психопатологічної симптоматики у переміщених дітей і підлітків несуттєвими або наголошують на недостатній вивченості цього питання [48]. Водночас, R. Goodman et al. (2005) вважають, що відмінності між такими хлопчиками і дівчатками є наслідком впливу загальних гендерних моделей: емоційні розлади більш поширені серед жінок, тоді як чоловіки більш сприйнятливі до зовнішніх стресових впливів [69].

Дослідження Р. Pechtel, D. Pizzagalli (2011) показали, що стресові травматичні впливи справляють різний вплив на різні структури мозку залежно від віку дитини: якщо у ранньому віці (3—5 років) переважала дисфункція гіпокампальних структур, то у старшому віці (14—16 років) локалізація порушень зміщується до лобної кірки [70].

При цьому багато авторів звертають увагу не лише на вплив посттравматичних розладів на стан когнітивних функцій дитини, а й на наявність кореляцій між обмеженням когнітивних можливостей і подальшим ризиком виникнення посттравматичної симптоматики. Зокрема, K. R. Wilson, D. J. Hansen, M. Li (2011) вважають, що притаманна таким дітям знижена здатність до набуття когнітивних навичок є визначальним чинником розвитку ПТСР [71].

S. Nolen-Hoeksema (2008) звертає увагу на те, що в культурах, де рівень поінформованості про проблеми психічного здоров'я невисокий і де власне психологічні проблеми виражені не суттєво, значною є поширеність психосоматичної симптоматики серед дітей. Такі діти можуть не артикулювати чітко власні психоемоційні проблеми, оскільки це не прийнято в їхній культурі (у таких культурах психічні розлади стигматизуються, вважаються ганебними або ігноруються), однак, висловлюють свої почуття психологічного дискомфорту через соматичні скарги [72].

S. R. Sirin, L. R. Sirin (2015), які досліджували сирійських біженців, зауважують, що близько половини їх складають діти і підлітки у віці до 18 років, а близько 40 % — це діти молодші 12 років. Автори зазначають, що біженці загалом частіше, ніж місцеві однолітки, залишають шкільне навчання та виявляють нижчу успішність; їм також часто доводиться працювати, щоб забезпечити виживання сім'ї. Біженці можуть стикатися з дискримінацією та словесним чи фізичним насильством у школах, що ще більше ускладнює навчання і може серйозно вплинути на його результати. Дослідники наводять дані щодо високого ризику порушень психічного здоров'я у сирійських дітей-біженців, що є наслідком потужного психотравмуючого впливу. Зокрема, у 79 % дітей-біженців загинув хтось з членів родини, 60 % стали свідками насильства, поранення або каліцтва і 30 % самі були поранені або зазнали фізичного ушкодження. У 45 % дітей були виявлені ознаки ПТСР, а у 44 % — симптоми депресії. Приблизно у чверті обстежених виявлено психосоматичну симптоматику, зокрема у 20 % — головний біль, що виникає щодня [73].

У дослідженні A. Hjern et al. (2013) було показано, що діти мігрантів страждають від підвищеного ризику тривоги і зниженого рівня життя та успішності; автори доходять висновку, що такі діти потребують допомоги в опануванні навичок ефективного спілкування з однолітками, а також розроблення програм із запобігання дискримінації та сприяння підвищенню добробуту переміщених осіб [74].

Основними післяміграційними факторами, що справляють вплив на психоемоційну сферу та адаптацію дітей-біженців, є мовні та культурні бар'єри, недостатня підтримка суспільства, труднощі шкільної адаптації, погані відносини з батьками і їх психоемоційний стан та внутрішньоособистісний конфлікт [75, 76].

Дослідженням, проведеним в Україні протягом жовтня-грудня 2014 року серед дітей, переміщених з Донецької і Луганської областей та АР Крим, було виявлено, що свої знання про правила безпечної поведінки вважають достатніми 70 % учнів; 88 % знають, куди звертатися за допомогою у складній ситуації. Важливо, що опитані здебільшого зазначили основним джерелом цих знань Інтернет і телебачення (відповідно 72 % та 70 %), що 44 % отримали важливу інформацію від рідних, 38,5 % — від друзів, 17 % — з газет. 6,5 % дітей і підлітків заявили, що не цікавляться такою інформацією. Водночас, вважають свої знання щодо можливос-

тей отримання допомоги у складній життєвій ситуації і для роботи з внутрішньо переміщеними дітьми достатніми лише 42 % педагогів, при цьому серед основних труднощів, пов'язаних із появою дітей-переселенців, ними були визначені: робота з сім'ями та дітьми із зони антитерористичної операції (11 %), емоційна, психологічна, моральна напруженість, конфлікти (13 %), недостатня матеріально-технічна база (9 %). 82 % опитаних педагогів заявили про брак методичних матеріалів для роботи з внутрішньо переміщеними дітьми [77].

П. В. Волошин зі співавт. (2015) повідомляють, що у дітей, які зазнали психотравмуючого впливу, можуть виникати різноманітні варіанти розладів адаптації, що переважно характеризуються прагненням до ізоляції й обмеження контактів, підвищеною стомлюваністю і зниженою активністю, зниженим настроєм, нападами безпричинної дратівливості, зниженням яскравості емоційних реакцій, нав'язливими спогадами, втратою життєвих інтересів, поведінкою уникання, безконтрольною агресією; у таких дітей виявляються також порушення у соматовегетативній сфері: зниження апетиту, прискорене серцебиття; симптоми м'язової напруги; неприємні відчуття у верхній частині живота. Автори виокремлюють декілька провідних клініко-психопатологічних комплексів симптомів з різними клінічними варіантами: з домінуванням астенії (соматичний та астенічний клінічні варіанти), з домінуванням тривожно-фобічної симптоматики (тривожний та іпохондричний клінічні варіанти), з домінуванням поведінкових порушень (дисфоричний і змішаний клінічні варіанти); а також виокремлюють три типи перебігу розладів адаптації у дітей і підлітків: регредієнтний (приблизно 50—55 %), стабільний (38—40 %) і прогредієнтний, з яким пов'язаний найвищий ризик розвитку ПТСР. При цьому виокремлюється два типи поведінки дитини, що пережила психотравмуючу ситуацію: інтерналізована (закритість і уникнення контактів з іншими; ознаки зниженого настрою аж до депресії; недостатність спонтанності та ігрової поведінки; слухняність і легка піддатливість; надмірна пильність і лякливості; фобічні реакції на нетипові подразники; часті головний біль або біль в животі; порушення харчового циклу; схильність до аддиктивної поведінки; можливі загрози самогубством; схильність до дисоціативних розладів; нанесення собі пошкоджень) та екстерналізована (діти можуть бути агресивні, ворожі та деструктивні; вони можуть поводити себе зухвало, самі провокувати або здійснювати напади на інших; вони можуть знущатися над тваринами (аж до їх убивства); схильні до деструктивних форм поведінки (наприклад, до підпалів); їх поведінка може бути сексуально забарвленою або сексуально спрямованою) [77].

Н. П. Бочкор зі співавт. (2014) зауважують, що діти є активними свідками процесів, які відбуваються у суспільстві. У ситуації кризи діти використовують такі стратегії оволодіння собою: компенсація — розмова з друзями, придбання нових речей, відхилення від природного, веселі ігри; уникнення — втеча, заперечення, так ніби нічого не сталося; регрес — замкнутість, отупіння, відмова, «я не можу», сонливість; конфронтація — емоційне і когнітивне «опрацювання» веде до поступового виходу з кризи. Автори зазначають, що у групах дітей, які перебувають у напружених зовнішніх умовах, часто діагностуються розлади адаптації (40—50 %), в генезі яких суттєве значення мають недостатня сформованість вікових соціальних навичок, відсутність особистого досвіду, труднощі в пристосуванні, соціальне походження,

гендерні відмінності. Дуже часто в дітей психопатологічні симптоми ховаються за «фасадом» масивної вегетативної дисфункції. Постійне переживання дітьми дошкільного та шкільного віку емоційних стресів нерідко призводить до психосоматичних розладів: головного і абдомінального болю, кардіалгії, артралгії, розладу дихання, тахікардії, неприємних відчуттів у всьому тілі, з приводу чого дітей часто обстежують в соматичних стаціонарах. Ступінь вираження порушень адаптації у дітей залежить від віку та рівня зрілості дитини: фізичної, психічної і соціальної. Двосторонній зв'язок між психікою і тілом в дитячому віці значно сильніший, ніж припускають; чим молодшими є діти, тим очевиднішим є цей зв'язок. Найбільшу вразливість до розладів адаптації виявляють діти у період вікових криз (3—4 роки, 7—8 років, пубертатний вік), які збігаються із зміною життєвого стереотипу дітей: надходженням у дитячий садок, школу, коледж та ін.; фундаментальні фізичні, гормональні, психологічні і соціальні зміни, які відбуваються в пубертатний період, також нерідко супроводжуються розладами адаптації. На думку авторів, грань між «нормальною» відповіддю на стрес і патологічним тривожним розладом часто вельми розмита, і батькам важко зрозуміти, коли треба звернутися за професійною допомогою; субсиндромальні виражені тривожні порушення найбільш важкі для діагностики, часто не лікуються, при цьому вкрай негативно впливають на якість життя дитини та оточуючих її осіб [78].

І. С. Сьомкіна (2015) наголошує, що соціально-педагогічні проблеми членів сімей переселенців мають комплексний характер; ядром цих проблем є тяжкий травматичний досвід, переживання якого ускладнюється необхідністю адаптуватися у новому середовищі, тобто, спостерігається ефект ретравматизації — одна травма накладається на іншу: загроза життю та благополуччю за місцем попереднього проживання (одна травма) поєднується із необхідністю контактувати із незнайомим середовищем (вторинна травма). На думку автора, особливо стресовою і травматичною ситуацією ці події стали для дітей, які змушені були змінити місце проживання і отримали статус «діти-переселенці», оскільки діти взагалі є більш вразливими та чутливими до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища, аніж дорослі. Пережитий травматичний досвід впливає на когнітивні процеси, особливості поведінки, міжособистісні відносини, самооцінку і, загалом, на світогляд [79].

Отже, діти — внутрішньо переміщені особи складають особливий контингент у плані надання медичної допомоги. Насамперед, будь-яке захворювання у них розвивається на тлі психоемоційного стресу, пов'язаного з переміщенням, втратою житла, мікросоціального оточення, а в низці випадків — і батьків. Це істотно впливає на перебіг соматичних захворювань, а також є вагомим чинником ризику щодо виникнення різноманітних форм психосоматичної патології. Однак, на сьогодні особливості змін у психоемоційній сфері дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України практично не вивчені. Це ускладнює розроблення адресних програм психокорекції та психопрофілактики, а також погіршує якість медичної допомоги, що надається таким дітям. Очевидною є нагальна потреба у дослідженні особливостей психологічного стану дітей — внутрішньо переміщених осіб внаслідок бойових дій на Сході України, та розроблення на ґрунті даних таких досліджень сучасних та ефективних підходів до лікування, корекції та профілактики несприятливих змін у психоемоційній сфері дітей.

Список літератури

1. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors [Fazel M., Reed R. V., Panter-Brick C., Stein S.] // *The Lancet*. 2012. Vol. 379. P. 266—282.
2. Jessica Hamblen and Erin Barnett. PTSD in children and adolescents [Electronic Resource] / National Center for PTSD. 2012. URL : http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/ptsd_in_children_and_adolescents_overview_for_professionals.asp (дата звернення 25.09.2017).
3. Fazel M., Stein A. A. School-Based Mental Health Intervention for Refugee Children: An Exploratory Study // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2009. Vol. 14(2). P. 297—309.
4. Shaheen M. The mental health and psychological well-being of refugee children: an exploration of risk, resilience and protective factors. London : University of East London, 2012. 230 p.
5. White paper from the National Child Traumatic Stress Network: Review of child and adolescent refugee mental health / Lustig S., Kia-Keating M., Grant-Knight W., [et al.]. Boston : U.S. Department of Health and Human Services: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003.
6. Review of child and adolescent refugee mental health / Lustig S., Kia-Keating M., Knight W., [et al.] // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2004. Vol. 43(1). P. 24—36.
7. Papadopoulos R. K. Refugee families: Issues of systemic supervision // *Journal of Family Therapy*. 2001. Vol. 23. P. 405—422.
8. Papadopoulos R. K. Therapeutic Care for Refugees: No Place like Home. London : Karnac, 2002.
9. De Haene L., Grietens H., Verschueren H. From symptom to context: A review of the literature on refugee children's mental health // *Hellenic Journal of Psychology*. 2007. Vol. 4. P. 233—256.
10. Hodes M., Tolmac J. Severely Impaired Young Refugees // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2005. Vol. 10(2). P. 251—261.
11. Derluyn I., Broekaert E. Unaccompanied refugee children and adolescents: The glaring contrast between a legal and a psychological perspective // *International Journal of Law and Psychiatry*. 2008. Vol. 31. P. 319—330.
12. Psychological disorder amongst refugee and migrant schoolchildren in London / Leavey G., Hollins K., King M., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39(3). P. 191—195.
13. Thabet A. A., Abed Y., Vostanis P. Comorbidity of PTSD and depression among refugee children during war conflict // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. Vol. 45. P. 533—542.
14. Thabet A. A., Vostanis P., Karim K. Group crisis intervention for children during ongoing war conflicts // *European Child and Adolescent Psychiatry*. 2005. Vol. 14, 262—269.
15. Resilience and its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia / Ziaian T., Anstiss H., Antoniou G., [et al.] // *International Journal of Population Research*. 2012. Article ID 485956. P. 1—9. <http://dx.doi.org/10.1155/2012/485956>.
16. Ingleby D., Watters C. Refugee children at school: good practices in mental health and social care // *Education and Health*. 2002. Vol. 20(3). P. 43—45.
17. Özer S., Şirin S., Oppedal B. Bahçeşehir Study of Syrian Refugee Children in Turkey. Istanbul, 2017. 40 p.
18. War trauma and psychopathology in Bosnian refugee children / Papageorgiou V., Frangou-Garunovic A., Iordanidou R., [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2000. Vol. 9(2). P. 84—90.
19. Heptinstall E., Sethna V., Taylor E. PTSD and depression in refugee children // *Ibid*. 2004. Vol. 13(6). P. 373—380.
20. Kia-Keating M., Ellis B. H. Belonging and connection to school in resettlement: Young refugees, school belonging, and psychosocial adjustment // *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 2007. Vol. 12(1). P. 29—43.
21. Bronstein I., Montgomery P. Psychological distress in refugee children: A systematic review // *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2011. Vol. 14 (1). P. 44—56.

22. Henley J., Robinson J. Mental health issues among refugee children and adolescents // *Clinical Psychologist*. 2011. Vol. 15 (2). P. 51—62.
23. Alayarian A. Children, torture and psychological consequences // *Torture*. 2009. Vol. 19 (2). P. 145—156.
24. Pechtel P., Pizzagalli D. Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 214(1). P. 55—70.
25. Masten A. S., Narayan A. J. Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience // *Annual Review of Psychology*. 2012. Vol. 63(1). P. 227—257.
26. Hasanović M. Psychological consequences of war-traumatized children and adolescents in Bosnia and Herzegovina // *Acta Medica Academica*. 2011. Vol. 40. P. 45—66.
27. Bradley R. H., Corwyn R. F. Socioeconomic status and child development // *Annual Review of Psychology*. 2002. Vol. 53. P. 371—399.
28. Evans G. W. The environment of childhood poverty // *American Psychologist*. 2004. Vol. 59(2), 77—92.
29. National Institute of Child Health and Human Development Early Child Care Research Network (NICHD). Duration and developmental timing of poverty and children's cognitive and social development from birth through third grade // *Child Development*. 2005. Vol. 76(4). P. 795—810.
30. Montgomery E. Trauma, exile and mental health in young refugees // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2011. Vol. 124 (440). P. 1—46.
31. The mental health of unaccompanied refugee minors on arrival in the host country / Vervliet M., Meyer Demott M. A., Jakobsen M., [et al.] // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2014. Vol. 55 (1). P. 33—37.
32. Kaplan I. Trauma, development and the refugee experience: The value of an integrated approach to practice and research. In : *Children and childhoods 3: Immigrant and refugee families* / K. D. Gioia, & P. Whiteman (eds.). Newcastle upon Tyne, UK : Cambridge Scholars, 2013. P. 1—22.
33. Fairbank J. A., Putnam F. W., Harris W. W. The prevalence and impact of child traumatic stress. In : *A handbook of PTSD: Science and practice* / M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (eds.). New York, 2007. P. 229—251.
34. Fazel M., Wheeler J., Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review // *The Lancet*. 2005. Vol. 365. P. 1309—1314.
35. Beers S. R., De Bellis M. D. Neuropsychological function in children with maltreatment-related posttraumatic stress disorder // *American Journal of Psychiatry*. 2002. Vol. 159 (3). P. 483—486.
36. Rousseau C., Measham T., Moro M. R. Working with interpreters in child mental health // *Child and Adolescent Mental Health*. 2011. Vol. 16 (1). P. 55—59.
37. Streeck-Fischer A., van der Kolk B. A. Down will come baby, cradle and all: Diagnostic and therapeutic implications of chronic trauma on child development // *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 34 (6). P. 903—918.
38. Toth S. L., Cicchetti D. Remembering, forgetting, and the effects of trauma on memory: A developmental psychopathology perspective // *Development and Psychopathology*. 1998. Vol. 10 (4). P. 589—605.
39. Graham H. R., Minhas R. S., Paxton G. Learning Problems in Children of Refugee Background: A Systematic Review // *Pediatrics*. 2016. Vol. 1 (37). N. 6. P. 1—17.
40. Palmer D., Ward K. "Lost": listening to the voices and mental health needs of forced migrants in London // *Medicine, Conflict, and Survival*. 2007. Vol. 23. P. 198—212.
41. Cicchetti D., Toth S. L. Child maltreatment // *Annual Review of Clinical Psychology*. 2005. Vol. 1 (1). P. 409—438.
42. Young children develop in an environment of relationships: Working Paper No. 1. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2004. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/wp1/> (дата звернення 11.03.2017).
43. Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain: Working Paper No. 3. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2005. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/wp3/> (дата звернення 09.04.2017).
44. Maternal depression can undermine the development of young children: Working Paper No. 8. National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2009. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/maternal-depression-can-undermine-the-development-of-young-children/> (дата звернення 20.03.2017).
45. Persistent fear and anxiety can affect young children's learning and development: Working Paper No. 9. — National Scientific Council on the Developing Child (NSCDC), 2010. URL : <http://developingchild.harvard.edu/resources/persistent-fear-and-anxiety-can-affect-young-childrens-learning-and-development/> (дата звернення 20.03.2017).
46. McBrien J. L. The importance of context: Vietnamese, Somali, and Iranian refugee mothers discuss their resettled lives and involvement in their children's schools // *A Journal of Comparative and International Education*. 2011. Vol. 41 (1). P. 75—90.
47. Candappa M. Building a new life: The role of the school in supporting refugee children // *Multicultural Teaching*. 2000. Vol. 19 (1). P. 28—32.
48. Psychological Difficulties among Children and Adolescents with Ethnic Danish, Immigrant, and Refugee Backgrounds / Leth I., Niclasen J., Ryding E., [et al.] // *Scandinavian Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Psychology*. 2014. Vol. 2 (1). P. 29—37.
49. Education and refugee students from Southern Sudan. Victorian Foundation for the Survivors of Torture (VFST), Melbourne, Australia, 2005. URL : http://www.uws.edu.au/_data/assets/pdf_file/0011/643934/EducationRefugeeStudentsfromSouthernSudan.pdf (дата звернення 22.10.2017).
50. De Haene L., Grietens H., Verschueren K. Adult attachment in the context of refugee traumatisation: The impact of organized violence and forced separation on parental states of mind regarding attachment // *Attachment & Human Development*. 2010. Vol. 12 (3). P. 249—264. doi: 10.1080/14616731003759732.
51. Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: Risk and protective factors / Reed R. V., Fazel M., Jones L., [et al.] // *The Lancet*. 2012. Vol. 379 (9812). P. 250—265. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60050-0.
52. Angel B., Hjern A. Att möta flyktingar [Encounter with refugees]. Lund : Studentlitteratur, 2008.
53. Beiser M. Resettling refugees and safeguarding their mental health: Lessons learned from the Canadian refugee resettlement project // *Transcultural Psychiatry*. 2009. Vol. 46 (4). P. 539—583.
54. Westermeyer J. Migration and psychopathology. In : *Refugee mental health in resettlement countries* / C. L. Williams, & J. Westermeyer (eds.). Washington, DC : Hemisphere, 1986. P. 39—59.
55. Rutter J. Supporting refugee children in 21st century Britain: A compendium of essential information. Stoke-on-Trent, UK : Trentham Books, 2001.
56. Stauffer S. Trauma and disorganized attachment in refugee children: Integrating theories and exploring treatment options // *Refugee Survey Quarterly*. 2008. Vol. 27. P. 150—163.
57. Home Office Spotlight on refugee integration: findings from the Survey of New Refugees in the United Kingdom. London : Home Office, 2010.
58. Hodes M. Psychologically Distressed Refugee Children in the United Kingdom // *Child Psychology and Psychiatry Review*. 2000. Vol. 5 (2). P. 57—68.
59. Gutman L. M., Browm J., Akerman R., Obolenskaya P. Change in wellbeing from childhood to adolescence: risk and resilience. London : Centre for Research on the Wider Benefits of Learning, 2010. 83 p.
60. Werner E. E., Smith R. S. Vulnerable but invisible: A longitudinal study of resilient children and youth. New York : McGraw Hill, 1982.
61. Werner E. E. Protective factors and individual resilience. In : *Handbook of Early Childhood Intervention* / J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (eds.). Second Edition (chapter 6). Cambridge : Cambridge University Press, 2000.
62. Intelligence quotient scores of 4-year old children: Social-environmental risk factors / Sameroff A. J., Seifer R., Baroca R., [et al.] // *Pediatrics*. 1987. Vol. 79 (3). P. 343—350.
63. When more is not better: the role of cumulative risk in child behaviour outcomes / [Appleyard K., Egeland B., Van Dulmen M. H. M., Sroufe L. A.] // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2005. Vol. 46 (3). P. 235—245.

64. Alvord M. K., Grados J. J. Enhancing resilience in children: A proactive approach // *Professional Psychology: Research and Practice*. 2005. Vol. 36 (3). P. 238—245.

65. Raghallaigh M. N., Gilligan R. Active survival in the lives of unaccompanied minors: coping strategies, resilience, and the relevance of religion // *Child and Family Social Work*. 2010. Vol. 15 (2). P. 226—237.

66. Comparison of self-reported emotional and behavioral problems in Turkish immigrant Dutch and Turkish adolescents / Janssen M. M., Verhulst F. C., Bengi-Arslan L., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2004. Vol. 39 (2). P. 133—140.

67. Nordahl-Jensen H., Holstein B. E. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danske i 5., 7. og 9. klasse (a Danish report based on a health survey of Danish school children from 2006). Kopenhaven, 2010.

68. Subjective health complaints among boys and girls in the Swedish HBSC study: focusing on parental foreign background / [Carlerby H., Viitasara E., Knutsson A., Gådin K. G.] // *International Journal of Public Health*. 2011. Vol. 56 (5). P. 457—464.

69. The Ilha de Maré study: a survey of child mental health problems in a predominantly African-Brazilian rural community / Goodman R., dos Santos N. D., Nunes R. A., [et al.] // *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2005. Vol. 40. P. 11—17.

70. Pechtel P., Pizzagalli D. Effects of early life stress on cognitive and affective function: An integrated review of human literature // *Psychopharmacology*. 2011. Vol. 214 (1). P. 55—70.

71. Wilson K. R., Hansen D. J., Li M. The traumatic stress response in child maltreatment and resultant neuropsychological effects // *Aggression and Violent Behavior*. 2011. Vol. 16 (2). P. 87—97.

72. Nolen-Hoeksema S. *Abnormal Psychology*. Boston : McGraw-Hill, 2008.

73. Sirin S. R., Sirin L. R. *The Educational and Mental Health Needs of Syrian Refugee Children*. Washington, DC : Migration Policy Institute, 2015. 32 p.

74. Migrant density and well-being — a national school survey of 15 year-olds in Sweden / Hjern A., Rajmil L., Bergström M., [et al.] // *European Journal of Public Health*. 2013; 23 (5): 823—8. doi: 10.1093/eurpub/ckt106.

75. Richman N. Looking before and after: Refugees and asylum seekers in the west. In : *Rethinking the trauma of war* / P. J. Bracken & C. Petty (eds.). London : Free Association Books, 1998. P. 170—186.

76. Hyman I., Vu N., Beiser M. Post-migration stresses among Southeast Asian refugee youth in Canada: A research note // *Journal of Comparative Family Studies*. 2000. Vol. 31. P. 281—290.

77. Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації в постраждалих унаслідок військового конфлікту [Волошин П. В., Марута Н. О., Шестопалова Л. Ф. та ін.] // Соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ям з дітьми в період військового конфлікту : навчально-методичний посібник / заг. ред.: Левченко К. Б., Панок В. Г., Трубавіна І. М. Київ : Агентство «Україна», 2015. 170 с.

78. Соціально-педагогічна та психологічна робота з дітьми у конфліктний та постконфліктний період : методичні рекомендації / [Н. П. Бочкор, Є. В. Дубровська, О. В. Залеська та ін.]. Київ : МЖПЦ «Ла Страда-Україна», 2014. 84 с.

79. Сьомкіна І. С. Соціально-педагогічна робота з сім'ями вимушених переселенців: стан та перспективи // *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій Університету «Україна»*. 2015. № 11. С. 102—105.

Надійшла до редакції 04.10.2017 р.

МАРКОВА Маріанна Владиславівна, доктор медичних наук, професор, професор кафедри сексології, медичної психології, медичної та психологічної реабілітації Харківської медичної академії післядипломної освіти Міністерства охорони здоров'я України, м. Харків, Україна; e-mail: mariannochka1@ukr.net

ПІОНТКОВСЬКА Оксана Володимирівна, доктор медичних наук, професор, головний лікар Харківської обласної дитячої лікарні № 1, м. Харків, Україна; e-mail: o_pion@icloud.com

СОЛОВІОВА Ангеліна Георгіївна, кандидат медичних наук, заступник головного лікаря Харківської обласної дитячої лікарні № 1, м. Харків, Україна

MARKOVA Marianna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of Department of Sexology and medical Psychology, medical and psychological Rehabilitation of Medical Academy of Postgraduate Education of the Ministry of Health of Ukraine, Kharkiv, Ukraine; e-mail: mariannochka1@ukr.net

PIONTKOVSKA Oksana, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head Physician of the Kharkiv regional children's hospital number 1, Kharkiv, Ukraine; e-mail: o_pion@icloud.com

SOLOVIOVA Anhelina, MD, PhD, Deputy Head Physician of the Kharkiv regional children's hospital number 1, Kharkiv, Ukraine

Т. В. Панько, А. І. Бугакова

КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ХВОРИХ НА ГОСТРУ ТА ЗАТЯЖНУ НЕВРАСТЕНІЮ

Т. В. Панько, А. І. Бугакова

Клинико-психопатологические особенности больных острой и затяжной неврастенией

T. V. Panko, A. I. Bugakova

Clinical psychopathological features of patients with acute and prolonged neurasthenia

У статті наведені дані про особливості хворих на гостру та затяжну неврастенію. Їх аналіз показав, що при гострому перебігу неврастенії пацієнти мали помірний рівень депресії з переважанням когнітивного компонента, поєднання астено-депресивного, астено-агривнічного та астено-іпохондричного симптомокомплексів, високий рівень тривожності, невпевненість в своїх силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих, зниження рівня адаптації, емоційного комфорту. Найважливішими рисами затяжного перебігу неврастенії були підвищений рівень депресії з домінуванням соматичної складової, провідний астено-депресивний симптомокомплекс, внутрішня напруженість, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини, прагнення до більш високого рівня емоційного комфорту, адаптації та домінування у міжособистісних стосунках.

Ключові слова: невротичні розлади, неврастенія, гострий перебіг неврастенії, затяжний перебіг неврастенії, клініко-психопатологічні особливості

В статье представлены данные изучения особенностей больных острой и затяжной неврастенией. Их анализ показал, что при остром течении неврастении пациенты имели умеренный уровень депрессии с преобладанием когнитивного компонента, сочетание астено-депресивного, астено-агривнического и астено-ипохондрического симптомокомплексов, высокий уровень тревожности, неуверенности в своих силах, беспокойства, подавленности и чувствительности к реакциям окружающих, сниженный уровень адаптации, эмоционального комфорта. Важнейшими чертами затяжного течения неврастении были повышенный уровень депрессии с преобладанием соматической составляющей, ведущий астено-депресивный симптомокомплекс, внутренняя напруга, беспокойство, преобладание мрачных предчувствий и размышлений, чувство вины, стремление к более высокому уровню эмоционального комфорта, адаптации и доминированию в межличностных отношениях.

Ключевые слова: невротические расстройства, неврастения, острое течение неврастении, затяжное течение неврастении, клинико-психопатологические особенности

The article gives data on the features of patients with acute and prolonged neurasthenia. Their analysis showed that in the acute course of neurasthenia patients had a moderate level of depression with a predominance of the cognitive component, a combination of asthenoid depression, asthenoid-hypochondriacal and asthenoid-agrypnical sympathetic complexes, a high level of anxiety, uncertainty in their strength, depression and sensitivity to the reactions of others, reducing the level of adaptation, emotional comfort. The most important features of the prolonged course of neurasthenia were elevated levels of depression with domination of the somatic component, a leading asthenoid-depressive symptom, internal tension, anxiety, the prevalence of gloomy feelings and reflections, feelings of guilt, a desire for a higher level of emotional comfort, adaptation and domination in interpersonal relationships.

Key words: neurotic disorders, neurasthenia, acute neurasthenia, prolonged course of neurasthenia, clinical and psychopathological features

Однією з найпоширеніших форм невротичних розладів є неврастенія. Психогенний конфлікт, що найчастіше призводить до розвитку цього захворювання, базується на підвищенні вимог до себе та неможливості їм відповісти [1, с. 9].

Діагностика неврастенії полягає у виявленні нервового виснаження, що розвивається після довготривалої дії на ЦНС психогенних або фізіологічних навантажень, високого рівня стресу та занепокоєння. Неадекватне оцінювання можливостей психічних ресурсів організму найчастіше спричиняє появу астеничного синдрому, який є провідним при неврастенії [2, с. 16].

Генез захворювання зумовлений перенапруженням мозкової діяльності в результаті надмірних навантажень, що призводять до неможливості повного розслаблення і повноцінного відпочинку. Результатом такого навантаження стає формування дистресу (надмірного нервового виснаження) з паралельним наростанням високого ступеня нервозності, хронічної втоми, інсомнії, нестримності емоцій і різких перепадів настрою [3, с. 43].

Клінічні дослідження показали, що важливими предикторами неврастенії були довготривалі хронічні патологічні процеси, токсичні впливи, інфекції різного походження і травми, які спричиняли порушення в обмінних процесах [4, с. 141].

Неврастенія часто розвивається у людей у віці найбільшої активності (20—45 років). Якщо раніше серед пацієнтів домінували чоловіки, то сьогодні захворюва-

ність на неврастенію у жінок зрівнялася з чоловічою захворюваністю [5, с. 417].

Неврастенія, що розглядається як психогенне захворювання, має різні типи перебігу. Неврастенія з тривалістю до 6 місяців найчастіше відповідає критеріям гострого перебігу, тоді як затяжні форми неврастенії тривають декілька років. В кожному випадку співвідношення різних чинників визначає тривалість захворювання (особливості клінічних проявів, особистості, патогенної ситуації, церебрального «ґрунту», супутні соматичні захворювання та ін.) [6, с. 79].

Незважаючи на високе значення особливостей перебігу неврастенії, це питання недостатньо висвітлено в вітчизняній та зарубіжній літературі. Вищевикладене зумовило мету цього дослідження — виявити клініко-психопатологічні особливості неврастенії при гострому та затяжному перебігу.

Основну групу дослідження склали 80 хворих на неврастенію (F 48.0), з них 40 хворих — з гострим перебігом неврастенії (ГПН), тривалістю захворювання до 6 місяців та 40 пацієнтів — з затяжним перебігом неврастенії (ЗПН) тривалістю більш ніж 6 місяців.

В процесі виконання використовували комплекс методів: «Шкала депресії» [7], 16-факторний особистісний опитувальник Sixteen Personality Factor Questionnaire (16 PF) Р. Кеттелла [8], методика діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса та Р. Даймонда [9], «Шкала астеничного стану» [10, с. 416—417].

Аналіз методики «Шкала астеничного стану» показав наявність астенії у хворих обох груп (рис. 1).

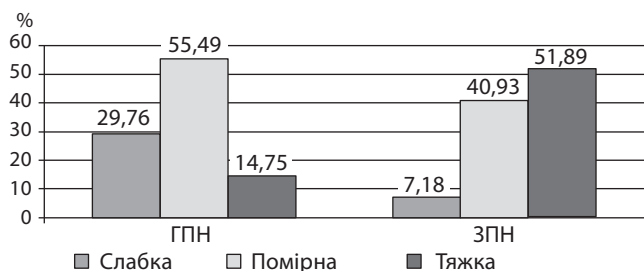


Рис. 1. Рівень астенії у хворих з ГПН та ЗПН

У хворих з ГПН найчастіше астения була поміною ($55,49 \pm 1,01$ %, $p < 0,05$), тяжка та слабка були наявні значно рідше ($14,75 \pm 0,84$ % та $29,76 \pm 0,36$ % відповідно). При ЗПН тяжка астения була зафіксована у $51,89 \pm 1,43$ % хворих, помірна — у $40,93 \pm 1,21$ %, а слабка — лише у $7,18 \pm 0,42$ % пацієнтів.

Під час вивчення вираженості симптомів депресії у хворих на неврастенію були отримані дані, наведені в таблиці. Було показано, що загальний рівень депресії ($18,82 \pm 0,64$) у пацієнтів з ЗПН є вірогідно вищим за аналогічний показник при ГПН ($13,64 \pm 0,41$, $p < 0,05$), при цьому когнітивна депресія в групі ГПН ($8,08 \pm 0,17$) перевищує соматичну ($5,56 \pm 0,76$, $p < 0,05$), а у хворих з ЗПН вони не мали вірогідних розбіжностей ($9,24 \pm 0,34$ та $9,58 \pm 0,41$ відповідно).

Рівень депресії у хворих на неврастенію (в балах)

Показники	ЗПН (n = 40)	ГПН (n = 40)
Загальний рівень	$18,82 \pm 0,64^*$	$13,64 \pm 0,41$
Когнітивна	$9,24 \pm 0,34$	$8,08 \pm 0,17$
Соматична	$9,58 \pm 0,41^*$	$5,56 \pm 0,76$

Примітка. Дані наведені у форматі ($M \pm m$). Вірогідність розбіжностей з контрольною групою за t -критерієм Стьюдента: * — розбіжності статистично вірогідні при $p < 0,05$

Структура симптомів депресії не мала значних розбіжностей у пацієнтів з різними формами неврастенії. Зокрема, скарги на дратівливість та стомлюваність при ГПН були найчастішими ($70,00 \pm 0,92$ % та $74,21 \pm 0,87$ % відповідно (рис. 2).

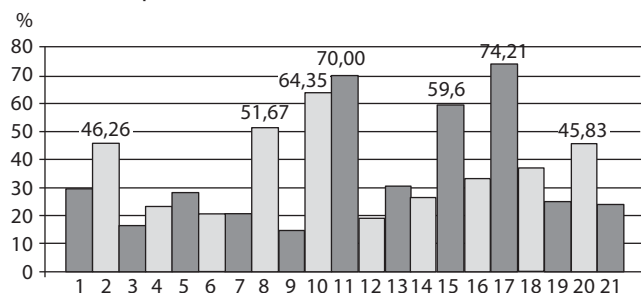


Рис. 2. Структура симптомів депресії у пацієнтів з ГПН

Умовні позначення. Тут і на рис. 3: 1 — Туга; 2 — Песимізм; 3 — Відчуття невдачливості; 4 — Незадоволеність собою; 5 — Почуття провини; 6 — Відчуття покарання; 7 — Самозаперечення; 8 — Самообвинувачення; 9 — Суїцидальні думки; 10 — Сльозливість; 11 — Дратівливість; 12 — Почуття соціальної відчуженості; 13 — Нерішучість; 14 — Дистиморфобія; 15 — Труднощі в роботі; 16 — Порушення сну; 17 — Стомлюваність; 18 — Втрата апетиту; 19 — Втрата маси тіла; 20 — Заклопотаність станом здоров'я; 21 — втрата сексуальної пристрасті

Також у пацієнтів з ГПН були зафіксовані скарги на сльозливість ($64,35 \pm 0,38$), самообвинувачення ($51,67 \pm 0,99$), труднощі в роботі ($59,6 \pm 1,1$), пси-

мізм ($46,26 \pm 0,72$), заклопотаність станом здоров'я ($45,83 \pm 0,62$).

Вираженість симптомів депресії при ЗПН відображена на рисунку 3.

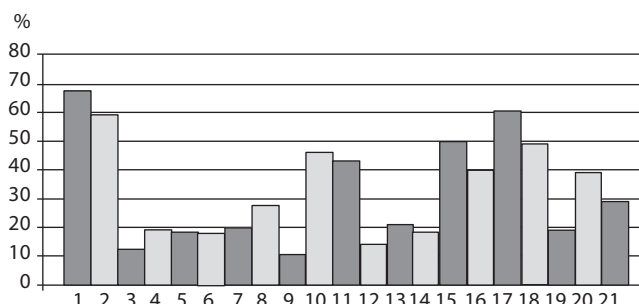


Рис. 3. Структура симптомів депресії у пацієнтів з ЗПН

Для хворих з ЗПН найбільш актуальними були скарги на тугу, песимізм та стомлюваність ($67,3 \pm 0,84$, $60,4 \pm 0,75$ та $59,22 \pm 0,87$ відповідно). Також важливе значення мали труднощі в роботі ($50,1 \pm 0,63$), втрата апетиту ($49,23 \pm 0,58$), сльозливість ($46,42 \pm 0,88$), дратівливість ($43,11 \pm 0,47$), заклопотаність станом здоров'я ($39,11 \pm 0,46$) та порушення сну ($39,86 \pm 0,93$).

На ґрунті аналізу клініко-психопатологічних даних та зіставлення їх з результатами методики «Шкала депресії» були виокремлені провідні симптомокомплекси у хворих на неврастенію обох груп: астено-депресивний, астено-агрипнічний та астено-іпохондричний. В групі хворих з ГПН усі симптомокомплекси спостерігалися з однаковою частотою: астено-депресивний ($34,62 \pm 2,11$ %), астено-агрипнічний ($33,01 \pm 1,09$ %) та астено-іпохондричний ($32,37 \pm 0,83$ %). У групі хворих з ЗПН переважав астено-депресивний ($64,73 \pm 1,06$ %) симптомокомплекс (рис. 4).

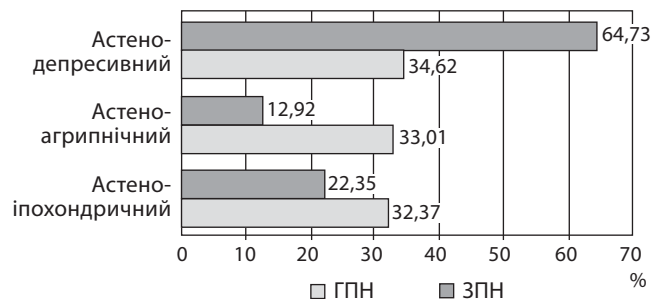


Рис. 4. Основні психопатологічні симптомокомплекси у хворих на неврастенію

Вірогідно ($p \leq 0,001$) значущі розбіжності за вираженістю перелічених симптомокомплексів у групах дослідження були виявлені щодо астено-депресивного ($34,62 \pm 2,11$ % хворих з ГПН та $64,73 \pm 1,06$ % хворих з ЗПН, $DK = 2,45$, $MI = 2,03$), астено-іпохондричного ($32,37 \pm 0,83$ % та $22,35 \pm 1,42$ % відповідно, $DK = 3,78$, $MI = 2,71$) та астено-агрипнічного ($33,01 \pm 1,09$ % та $12,92 \pm 0,47$ % відповідно, $DK = 3,34$, $MI = 2,21$), де DK — діагностичний коефіцієнт, MI — міра інформативності Кульбака.

Наступним етапом дослідження було вивчення індивідуально-психологічних особливостей хворих на неврастенію. Аналіз результатів за опитувальником Р. Кеттелла дозволив продемонструвати деякі риси хворих з ГПН. Для них були притаманні такі характерологічні особливості: високий рівень тривожності, невпевненість в своїх

силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих ($7,34 \pm 1,67$ стевів). Було висловлено недовірливість, підозрілість, фіксація на невдачах, дратівливість, наявність внутрішнього напруження і захисту. При цьому хворі очікували від оточуючих прийняття відповідальності за власні помилки ($7,51 \pm 1,46$ стевів). Ці пацієнти характеризувалися також фрустрованістю, високою напруженістю ($6,97 \pm 1,42$ стевів); зайвою увагою до дрібниць ($4,85 \pm 1,73$ стевів); емоційною нестабільністю, вразливістю і занепокоєнням ($4,40 \pm 1,86$ стевів).

Аналіз результатів за опитувальником Р. Кеттелла в групі хворих на ЗПН показав, що серед особистісних характеристик цих пацієнтів переважали такі риси: внутрішня напруженість, висока тривожність, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини ($7,42 \pm 1,81$ стевів). При цьому були виражені такі риси: підозрілість, догматичність, сильне почуття обов'язку і обережність у вчинках ($7,82 \pm 1,75$ стевів), а також емоційна нестабільність та вразливість ($4,02 \pm 1,79$ стевів). Пацієнти цієї групи відрізнялися також високим самоконтролем, цілеспрямованістю ($6,91 \pm 1,37$ стевів), практичністю, зібраністю та серйозністю ($4,62 \pm 1,39$ стевів).

Додатковий аналіз результатів дозволив виокремити 4 комплексних фактора другого порядку: F1, F2, F3 і F4, які оцінюють такі характеристики особистості: тривожність, екстраверсію, емоційну нестабільність і незалежність відповідно. Для пацієнтів з ГПН були характерні високі показники тривожності і стурбованості з приводу подій, що відбуваються, незадоволеність досягнутим (F1 = 7,25 стевів); достатня збалансованість між показниками екстраверсії і інтроверсії (F2 = 5,25 стевів); сенситивність, вразливість, труднощі у прийнятті рішень через надлишок роздумів (F3 = 4,74 стевів); а також залежність від оточуючих, пасивність, схильність орієнтуватися на групові норми (F4 = 3,6 стевів).

Для пацієнтів з ЗПН були характерні високі показники тривожності і стурбованості з приводу подій, що відбуваються, незадоволеність досягнутим (F1 = 7,86 стевів); достатня збалансованість між показниками екстраверсії і інтроверсії (F2 = 5,28 стевів); наявність гіперемоційності, труднощів у прийнятті рішень через вагання і сумніви (F3 = 4,49 стевів); а також відносної незалежності від оточуючих, сміливості і кмітливості (F4 = 5,71 стевів).

Вивчення особливостей соціальної адаптації дозволило виокремити деякі загальні та специфічні характеристики хворих з ЗПН та ГПН (рис. 4).

Загальні особливості пацієнтів з ГПН та ЗПН полягали в тому, що досліджувані обох груп вище середнього оцінювали показники «прийняття інших» ($66,85 \pm 7,23$ % і $70,05 \pm 8,23$ % відповідно) і «інтернальність» ($59,72 \pm 6,84$ % і $54,88 \pm 6,11$ % відповідно).

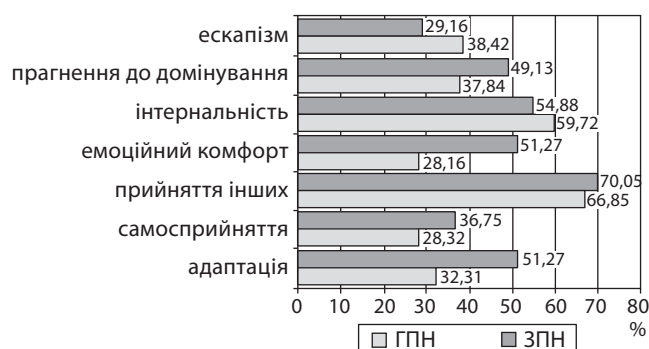


Рис. 5. Особливості соціальної адаптації пацієнтів з ГПН та ЗПН

Були виокремлені специфічні особливості пацієнтів з ГПН, які полягали в низьких показниках рівня адаптації ($32,31 \pm 2,97$ %), емоційного комфорту ($28,16 \pm 2,52$ %) і прагнення до домінування ($37,84 \pm 3,02$ %), тоді як при ЗПН ці показники були вірогідно вищими ($51,27 \pm 4,97$ %, $51,27 \pm 4,21$ %, $49,13 \pm 4,13$ % відповідно). Також відрізнялися показники «ескапізму» і «самосприйняття»: у пацієнтів з ГПН був більш виражений ескапізм ($p \leq 0,05$, $t = 3,480$), тоді як у пацієнтів з ЗПН вищими були показники самосприйняття ($p \leq 0,05$, $t = 2,663$). Аналізуючи отримані дані, можна сказати, що пацієнти з ГПН відрізнялися від пацієнтів з ЗПН переважанням стратегії уникнення, небажанням брати на себе відповідальність ($p \leq 0,05$, $t = 2,271$), наявністю дезадаптації ($p \leq 0,05$, $t = 3,590$) і вираженим емоційним дискомфортом ($p \leq 0,05$, $t = 3,541$).

Отже, проведене дослідження дозволило виокремити базові клініко-психопатологічні особливості хворих з ГПН та ЗПН. При ГПН до таких були віднесені: помірний рівень депресії з переважанням когнітивного компонента, поєднання астено-депресивного, астено-агрипнічного та астено-іпохондричного симптомокомплексів, високий рівень тривожності, невпевненість в своїх силах, стурбованість, пригніченість і чутливість до реакцій оточуючих, зниження рівня адаптації, емоційного комфорту.

Найважливішими рисами хворих з ЗПН були підвищений рівень депресії з домінуванням соматичної складової, провідний астено-депресивний симптомокомплекс, внутрішня напруженість, стурбованість, переважання похмурих передчуттів і роздумів, почуття провини, прагнення до більш високого рівня емоційного комфорту, адаптації та домінування у міжособистісних стосунках.

Список літератури

1. Вельтищев Д. Ю. Неврастения: история и современность // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. № 4. С. 9—13
2. Шамрей В. К. Резидуально-дефицитарные состояния при расстройствах невротического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 4. С. 14—18
3. Чутко Л. С., Сурушкина С. Ю. Неврастения: состояние проблемы и подходы к терапии // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. № 2. С. 42—45
4. Федченко В. Ю. Роль современных факторов психической травматизации в развитии неврастения // Экспериментальная и клиническая медицина. 2012. № 2. С. 141—147.
5. Менделевич В. Д., Соловьева С. И. Неврология и психосоматическая медицина. Москва : МЕДпресс-информ, 2002. 608 с.
6. Гнатюк Р. М., Чабан О. С. Перебіг та вихід неврастения сучасності // Вісник наукових досліджень. 2000. № 3. С. 79—80.
7. Бек А., Раш А., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессии. СПб. : Питер, 2003. С. 304.
8. Батаршев А. В. Диагностика пограничных психических расстройств личности и поведения. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2004. 320 с.
9. Фетискин Н. П., Козлов В. В., Мануйлов Г. М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. Москва : Изд-во Института психотерапии, 2002. С. 193—197.
10. Рогов Е. И. Настольная книга практического психолога : учебное пособие. Москва : ГИЦ «Владос», 1999. С. 416—417.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ПАНЬКО Тамара Василівна, кандидат медичних наук, провідний науковий співробітник відділу неврозів та пограничних станів Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України», м. Харків, Україна; e-mail: tamarapanko@ukr.net

БУГАКОВА Аріна Ігорівна, студентка 4 курсу Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, медичний факультет, м. Харків, Україна

PANKO Tamara, MD, PhD, Leading Researcher of the Department of Neuroses and Borderline Conditions of the State Institution "Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the National Academy of Medical Sciences of Ukraine", Kharkiv, Ukraine; e-mail: tamarapanko@ukr.net

BUGAKOVA Arina, Student of 4 year of V. N. Karazin's Kharkiv National University, Faculty of Medicine, Kharkiv, Ukraine

В. М. Подолян

ПЕРСОНОЛОГІЧНІ І ПОВЕДІНКОВІ ПАТТЕРНИ В ОСІБ, ЩО ПЕРЕБУВАЮТЬ В ШЛЮБІ З ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ СПОЖИВАЧЕМ ІН'ЄКЦІЙНИХ НАРКОТИКІВ

В. Н. Подолян

Персоналогические и поведенческие паттерны у лиц, находящихся в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков

V. M. Podolian

Personological and behavioral patterns in persons who have married with HIV infected consumers of injection drugs

Мета роботи — вивчення персоніологічних і поведінкових паттернів у осіб, що перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим споживачем ін'єкційних наркотиків (СІН), для розуміння можливих мішеней подальшої медико-психологічної роботи з даним контингентом.

В період з 2010 року по 2017 рік на базі Вінницького обласного наркологічного диспансеру «Соціотерапія» проведено клініко-психопатологічне й психодіагностичне обстеження 113 ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин та членів їхніх родин.

В результаті встановлено, що наявність психічних та поведінкових розладів, а також викривлень у персоніологічній і поведінковій сферах у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН демонструє прояви співзалежності цих осіб. Спектр психічних розладів (депресивні та особистісні) вказує на переважно психогенний та особистісний рівень симптоматики. Низькі показники стресостійкості, негармонійні поєднання акцентуованих рис та індивідуально-психологічних властивостей, а також додаткові психотравмуючі чинники (наявність ВІЛ-інфекції в подружжі, відмова хворого від замісної терапії) сприяють виникненню не тільки психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН, а й провокують розвиток у них психосоціальної й сімейної дезадаптації.

Ключові слова: психологічні особливості, члени родини, ВІЛ-інфіковані споживачі ін'єкційних наркотиків

Цель работы — изучение персоніологических и поведенческих паттернов у лиц, находящихся в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков (ПИН), для понимания возможных мишеней дальнейшей медико-психологической работы с данным контингентом.

В период 2010—2017 гг. на базе Винницкого областного наркологического диспансера «Социотерапия» проведено клинико-психопатологическое и психодиагностическое обследование 113 ВИЧ-инфицированных потребителей инъекционных наркотических веществ и членов их семей.

В результате установлено, что наличие психических и поведенческих расстройств, а также деформаций в персоніологической и поведенческой сферах у брачных партнеров ВИЧ-инфицированных ПИН демонстрирует проявления созависимости этих лиц. Спектр психических расстройств (депрессивные и личностные) указывает на преимущественно психогенный и личностный уровень симптоматики. Низкие показатели стрессоустойчивости, негармоничные сочетания акцентуированных черт и индивидуально-психологических свойств, а также дополнительные психотравмирующие факторы (наличие ВИЧ-инфекции в браке, отказ больного от заместительной терапии) способствуют возникновению не только психических и поведенческих расстройств у брачных партнеров ВИЧ-инфицированных ПИН, но и провоцируют развитие у них психосоциальной и семейной дезадаптации.

Ключевые слова: психологические особенности, члены семьи, ВИЧ-инфицированные потребители инъекционных наркотиков

The aim — to study personological and behavioral patterns in persons who have married with HIV infected consumer of injection drugs (CID) in order to understand possible targets of further medical and psychological work with this contingent.

Clinical and psychopathological and psychodiagnostic examination of 113 HIV-infected CID was conducted on the basis of the Vinnytsia Regional Drug Treatment Center "Sociotherapy" in the period from 2010 to 2017.

The presence of mental and behavioral disorders as well as distortions in the personality and behavioral spheres of the marital partners of HIV-infected CID demonstrated the co-dependence of these individuals in the result of the study.

The spectrum of mental disorders (depressive and personality disorders) indicates to a predominantly psychogenic and personality level of symptoms. Low indicators of stress resistance, non-harmonic combination of accentuated features of character and individual and psychological properties, as well as additional psychotraumatic factors (the presence of HIV infection in spouses, patient refusal from substitution therapy) contribute to not only mental and behavioral disorders in the marital partners of HIV-infected CIDs, but also provoke the development of psychosocial and family disadaptation.

Key words: psychological peculiarities, family members, HIV infected consumer of injection drugs

За час, що минув з моменту появи інформації про перший клінічно підтверджений випадок синдрому набутого імунodefіциту (СНІД), вірус імунodefіциту людини (ВІЛ) та СНІД розповсюдилися в усі куточки світу. Ця епідемія сьогодні, як і раніше, поширюється швидкими темпами, призводить до регресу досягнень у сфері розвитку, забирає життя мільйонів людей і підриває соціально-економічну безпеку. Практично не залишилося жодної країни в світі, де б не було хворих із невиліковним синдромом набутого імунodefіциту [1—4].

Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні залишається сконцентрованою в групі найвищого ризику — споживачів ін'єкційних наркотичних речовин [2].

Поширеність розладів психіки та поведінки внаслідок вживання наркотичних речовин станом на 01.01.2012 ста-

новила 77 105 осіб. Із загальної кількості зареєстрованих 70 464 осіб вживали наркотичні речовини ін'єкційним способом [1]. Загальновідомим є той факт, що офіційні дані не відображають повною мірою масштаб епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні, зокрема дійсну кількість осіб, інфікованих ВІЛ [2].

Соціальна ізоляція, маргіналізація і дискримінація, які є наслідком стигматизації щодо ВІЛ-інфікованих пацієнтів, можуть чинити істотний вплив також і на людей, які проживають з ними. Останнім часом спостерігається підвищення інтересу до вивчення сім'ї ВІЛ-інфікованого пацієнта [5, 6]. ВІЛ/СНІД є значним психологічним тягарем як для хворого, так і для близьких йому людей [6].

Крім того, дослідженням В. В. Ярого [7, 8] було переконливо доведено, що спільне проживання із залежним членом сім'ї впливає на фізичний і психічний стан родичів, змінюючи їх психологію поведінки, емоційні реакції,

сприйняття навколишнього світу і місце в соціальному житті, а вимушене залучення в «хворобливе коло» хворого, через стан хронічного дистресу, становить небезпеку для членів родини щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра.

Зрозуміло, що в патогенезі виникнення будь-яких дезадаптивних станів, що формуються у членів родини «проблемного» пацієнта, провідну роль відіграють особистісні властивості цих осіб, які задають напрямки як негативного (провокаційного), так і позитивного (протективного) впливу наявної психотравматизуючої ситуації.

Мета роботи — вивчення персоніологічних і поведінкових паттернів у осіб, що перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим споживачем ін'єкційних наркотиків (СІН), для розуміння можливих мішеней подальшої медико-психологічної роботи з цим контингентом.

В період з 2010 року по 2017 рік на базі Вінницького обласного наркологічного диспансеру «Соціотерапія» за принципом інформованої згоди нами було проведено обстеження ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин (пробандів), які перебували на диспансерному обліку в цієї установі, проходили планове обстеження та лікування, та членів їхніх родин.

Спочатку було досліджено 113 осіб — ВІЛ-інфікованих СІН, з них 98 чоловіків (86,7 %) і 15 жінок (13,8 %). Середній вік обстежуваних становив $32,4 \pm 2,1$ роки. Співвідношення досліджуваних пробандів-чоловіків (98 осіб) і пробандів-жінок (15 осіб) становить 6,5:1, що відповідає популяційному поширенню ВІЛ-інфекції, де співвідношення становить 7:1.

Середня тривалість вживання ін'єкційних наркотичних речовин становила $6,5 \pm 0,5$ років. Із 113 пробандів 77,9 % осіб отримували замісну терапію метадонем і 22,1 % пробандів відмовились від неї. Цікаво, що чоловіки були більш схильними до замісної терапії, ніж жінки (80,6 % чоловіків проти 60,0 % жінок).

Дані про тривалість шлюбу обстежуваних пробандів наведені в таблиці 1.

Таблиця 1. Характеристика тривалості шлюбу пробандів

Пробанди	Тривалість шлюбу (в роках)					
	3—3,5 роки		3,5—5 років		більше 5-ти років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки ($n = 98$)	42	42,8	45	46,0	11	11,2
Жінки ($n = 15$)	8	53,3	7	46,7	—	—
Всього ($n = 113$)	50	44,3	52	46,0	11	9,7

Середня тривалість шлюбу становила $4,9 \pm 1,9$ років. Наведені дані свідчать, що загалом у 90,3 % пробандів (102 особи) тривалість шлюбу становила від 3 до 5 років.

На другому етапі було сформовано основну групу (ОГ) дослідження, яку за умовою підписання інформованої згоди склали чоловіки і жінки, що перебували не менше 3 років у шлюбі з пробандом — ВІЛ-інфікованим СІН. Нами було обстежено 113 таких осіб, з них 98 жінок (86,7 %) і 15 чоловіків (13,3 %).

З розподілу цих осіб за віком та статтю (табл. 2) видно, що усі без винятку особи (100 %), які перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, належать до вікової групи 26—35 років. Середній вік становив $32,1 \pm 2,3$ роки і практично не відрізнявся від середнього віку пробандів.

Таблиця 2. Розподіл за віком та статтю осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Стать	Вікові групи, років					
	26—30		31—35		36—40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки ($n = 98$)	73	74,5	25	25,5	—	—
Чоловіки ($n = 15$)	10	66,7	5	33,3	—	—
Усього ($n = 113$)	83	73,5	30	26,5	—	—

Характеристика освітнього рівня у чоловіків і жінок, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН (табл. 3), свідчить, що подружжя ВІЛ-інфікованих СІН в 94,7 % мали середню і середню спеціальну освіту, що свідчить про однаковий освітній рівень у шлюбних партнерів.

Таблиця 3. Характеристика освітнього рівня у чоловіків і жінок, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Стать	Середня освіта		Середня спеціальна освіта		Вища і незакінчена вища освіта	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Жінки ($n = 98$)	43	43,9	53	54,1	2	2,0
Чоловіки ($n = 15$)	6	40,0	5	33,3	4	26,7
Усього ($n = 113$)	49	43,4	58	51,3	6	5,3

Для верифікації психологічних особливостей членів родин ВІЛ-інфікованих СІН нами було сформовано й обстежено групу порівняння (ГП).

Критеріями включення осіб до ГП були вік 25 років і старші; підписання інформованої згоди на участь у дослідженні; не перебували на обліку у психіатра з приводу будь-яких розладів психіки та поведінки; не перебували на обліку у нарколога з приводу будь-яких розладів психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин; перебували у шлюбі не менше ніж три роки; тип шлюбу: здоровий — здоровий; відсутність ВІЛ/СНІДу у будь-кого з членів родини.

Всього досліджено 91 особу ГП, з них 79 чоловіків (86,8 %) і 12 жінок (13,2 %). За даними щодо статеві-вікового розподілу осіб ГП (табл. 4) видно, що 87 осіб (94,6 %) ГП були в віці від 26 до 35 років.

Співвідношення чоловіків і жінок в ГП складало 6,6:1, що відповідало такому ж співвідношенню як в основній групі (6,5:1) та співвідношенню в популяції (7:1).

Таблиця 4. Розподіл за віком і статтю осіб групи порівняння

Стать	Вікові групи, років					
	26—30		31—35		36—40	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки ($n = 79$)	54	68,3	21	26,6	4	5,1
Жінки ($n = 12$)	8	66,7	3	25,0	1	8,3
Усього ($n = 91$)	63	68,2	24	26,4	5	5,4

Наведені дані освітнього рівня чоловіків і жінок ГП (табл. 5) свідчать, що здебільшого це особи з середньою і середньою спеціальною освітою (97,8 %), що відповідало освітньому рівню осіб, що перебували у шлюбі з пробандом, ВІЛ-інфікованим СІН.

Таблиця 5. Характеристика рівня освіти осіб групи порівняння

Стать	Середня освіта		Середня спеціальна освіта		Вища і незакінчена вища освіта	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 79)	42	53,2	35	44,3	2	2,5
Жінки (n = 12)	7	58,3	5	41,7	—	—
Усього (n = 91)	49	53,8	40	43,0	2	2,2

Інформація щодо тривалості шлюбу осіб ГП (табл. 6) свідчить, що практично 89,0 % осіб з ГП перебували у шлюбі від 3 до 5 років. Розподіл за тривалістю шлюбу у ГП практично не відрізнявся від основної групи.

Таблиця 6. Тривалість шлюбу в осіб групи порівняння

Дослідження	Тривалість шлюбу (в роках)					
	3—3,5 роки		3,5—5 років		більше ніж 5 років	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Чоловіки (n = 79)	34	43,0	35	44,3	10	12,7
Жінки (n = 12)	7	58,3	5	41,7	—	—
Усього (n = 91)	41	45,0	40	44,0	10	11,0

Отже, наведені дані статево-вікових характеристик, освітнього рівня, тривалості шлюбу обстежуваних основної групи (особи, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН) і ГП свідчать, що вони статистично рівнозначні.

Таблиця 7. Частота і структура розладів психіки та поведінки у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

Розлади психіки та поведінки	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	9	9,2	2	13,3	11	9,7
F11.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів	12	12,2	5	33,3	17	15,0
F32.0 Депресивний епізод	16	16,3	—	—	16	14,1
F33.0 Рекурентний депресивний розлад	32	32,6	7	46,7	39	34,5
F45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	—	—	15	13,3
F60.4 Істеричний розлад особистості	33	33,7	4	26,7	37	32,7
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

Аналіз результатів дослідження розладів психіки та поведінки у осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН (табл. 7), свідчить, що психічні та поведінкові розлади спостерігались в усіх обстежуваних осіб. У 98 жінок — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН переважали психічні розлади (97,9 %), а наркологічні захворювання спостерігались лише у 21,4 % осіб. Як видно з таблиці, загальна кількість випадків захворювань перевищує загальну кількість хворих, тобто у одного хворого спостерігались декілька захворювань одночасно, що свідчить про коморбідність патології. Аналогічна закономірність спостерігалась у чоловіків — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН: у 73,3 % осіб

спостерігались психічні розлади і у 46,6 % — наркологічні проблеми, які часто співіснували один з одним.

Аналіз вище наведених даних свідчить, що в осіб, які перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, спостерігається чотири категорії розладів в порядку ранжування: депресивні розлади (47,8 %); розлади зрілої особистості (32,7 %); розлади психіки та поведінки внаслідок вживання психоактивних речовин (24,7 %) і невротичні розлади, що пов'язані зі стресом, і соматоформні розлади (13,3 %).

У наступній таблиці 8 наведено дані про поширеність психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН за провідним діагнозом.

Таблиця 8. Характеристика провідних діагнозів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН

Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	4	4,1	2	13,3	6	5,4
F11.2 Розлади психіки та поведінки вживання опіоїдів	10	10,2	4	26,7	14	12,4
F32 Депресивний епізод	16	16,3	—	—	16	14,1
F33 Рекурентний депресивний розлад	27	27,6	7	46,7	34	30,1
F45.0 Соматоформний розлад	15	15,3	—	—	15	13,3
F60.4 Істеричний розлад особистості	26	26,5	2	13,3	28	24,7
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

Із наведених вище таблиць видно, що тільки у жінок, які перебувають в шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, спостерігаються у вигляді монодіагнозу депресивний епізод (16,3 %) та соматоформний розлад (15,3 %). Рекурентний депресивний розлад як провідний діагноз виявлено у 27,6 % жінок і у 46,7 % чоловіків, причому у останніх — у вигляді монодіагнозу. Виходячи з даних анамнезу, більш ніж у половини (57,5 %) шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН можна констатувати

психогенне походження цих розладів. Істеричний розлад особистості спостерігався у 24,7 % обстежуваних осіб. Психічні і поведінкові розлади внаслідок вживання ПАР виявлялися у 17,8 % шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН. Отже, вище наведені в таблицях дані свідчать, що у шлюбних партнерів (без розподілу за статтю) ВІЛ-інфікованих СІН, найбільш частими розладами психіки та поведінки були психогенні та особистісні психічні розлади.

Щодо випадків з подвійним діагнозом (табл. 9), наведені дані свідчать, що незалежно від статі шлюбного

партнера, майже у п'ятої частини (19,4 %) осіб співіснували психічні і наркологічні захворювання.

Таблиця 9. Характеристика коморбідності патології в осіб, що перебувають у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН

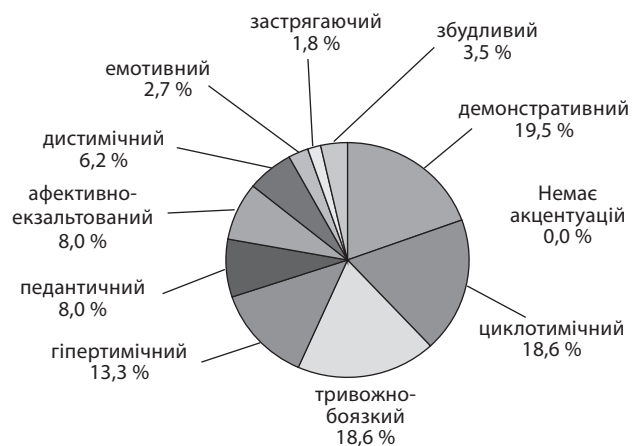
Психічні і поведінкові розлади	Жінки (n = 98)		Чоловіки (n = 15)		Усього (n = 113)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
F10.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю	5	5,1	—	—	5	4,4
F11.2 Розлади психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів	2	2,0	1	6,7	3	2,6
F32 Депресивний епізод	—	—	—	—	—	—
F33 Рекурентний депресивний епізод	5	5,1	—	—	5	4,4
F45.0 Соматоформний розлад	—	—	—	—	—	—
F60.4 Істеричний розлад особистості	7	7,1	2	13,3	9	8,0
Без психічних розладів	—	—	—	—	—	—

У жінок — шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН це обтяження здійснювалось переважно через наявність істеричного розладу особистості, рекурентного депресивного епізоду і розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю й опіоїдів, а у чоловіків — шлюбних партнерів — тільки істеричного розладу особистості і зловживання опіоїдами. Треба зауважити, що коморбідність патології рівною мірою спостерігалась серед жінок (19,3 %) і чоловіків (20,0 %).

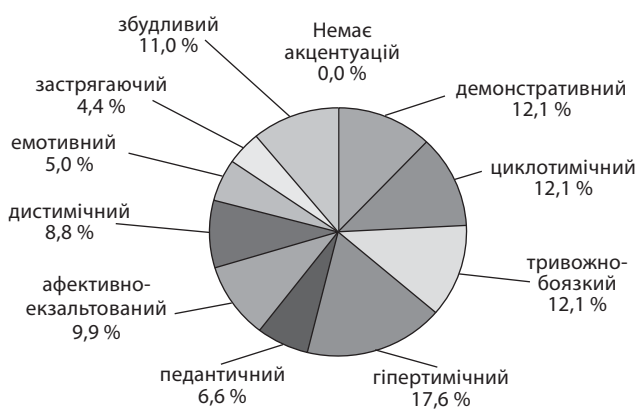
Методичну базу дослідження склали такі інструменти [9]. Характерологічні особливості визначали за допомогою методики К. Леонгарда — Г. Шмішека, особистісні властивості — за Фрайбурзьким особистісним опитувальником, стилі стрес-долаючої поведінки — за методикою «Способи копію» в адаптації Т. А. Крюкової, стресостійкість — за методикою С. Койхена, Г. Вілліансона.

В результаті вивчення акцентуацій характеру обстежуваних виявлено таке (рис. 1). Із 113 шлюбних партнерів пробандів у 22 обстежуваних (19,5 %) спостерігався демонстративний тип акцентуацій (характеризувався підвищеною здатністю до витіснення травмуючих переживань); у 21 обстежуваного (18,6 %) — циклотимічний тип (характерна зміна гіпертимічних і дистимічних фаз); ще у 21 обстежуваного (18,6 %) — тривожно-боязкий тип (характерна схильність до страхів, невпевненість у собі, нерішучість); у 15 обстежуваних (13,3 %) — гіпертимічний тип (характерним є підвищений фон настрою в поєднанні з оптимізмом і високою активністю). Рівною мірою відповідно у 9 обстежуваних (8,0 %) спостерігались педантичний (характерна підвищена ригідність, інертність психічних процесів, нездатність до витіснення травмуючих переживань) та афективно-екзальтований (легкість переходу від стану захоплення до смутку) типи, у 7 обстежуваних (6,2 %) — дистимічний тип (характерними є понижений фон настрою, загальмованість, песимізм, фіксація на негативних сторонах життя), у 4 обстежуваних (3,5 %) — збудливий тип (характерна експлозивність, вибуховість емоційного реагування); у 3 обстежуваних (2,7 %) — емотивний тип (особи цього типу відрізнялись особливою вразливістю і чутливістю); і у 2 осіб (1,8 %) — застрягаючий тип (характерна надмірна стійкість афекту).

Наведені дані свідчать, що найпоширенішими були демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий та гіпертимічний типи акцентуацій, однак у шлюбних партнерів пробандів демонстративний, циклотимічний та тривожно-боязкий типи спостерігались вірогідно частіше, ніж в ГП. В ГП найпоширенішим був гіпертимічний тип, а збудливий тип спостерігався вірогідно частіше, ніж в ОГ.



Основна група (n = 113)



Група порівняння (n = 91)

Рис. 1. Частота зустрічальності типів акцентуацій в осіб основної групи і групи порівняння

Примітка: демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий, гіпертимічний, збудливий — вірогідність різниць при $p < 0,05$

Нами були проведений аналіз кореляцій між розладами психіки та поведінки в осіб ОГ і типами їх акцентуацій.

Зокрема, в осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю спостерігались демонстративний ($r < 0,05$) та гіпертимічний ($r < 0,05$) типи акцентуацій; у осіб з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання опіоїдів — афективно-екзальтований ($r < 0,05$)

та циклотимічний типи акцентуацій ($r < 0,05$); у осіб з депресивним епізодом і з рекурентним депресивним розладом — циклотимічний ($r < 0,05$ в обох випадках) та тривожно-боязкий ($r < 0,05$ в обох випадках) типи акцентуацій; у осіб з соматоформним розладом — тривожно-боязкий ($r < 0,05$) та дистимічний ($r < 0,05$) типи акцентуацій; у осіб з істеричним розладом особистості — демонстративний ($r < 0,05$) та збудливий ($r < 0,05$) типи акцентуацій.

Треба зауважити, що між педантичним, емотивним, та застрягаючим типами акцентуацій у обстежуваних та розладами психіки та поведінки, що у них спостерігались, вірогідних кореляцій не встановлено ($r > 0,05$).

Аналіз вищенаведених даних свідчить, що вагомий внесок в формування розладів психіки та поведінки у шлюбних партнерів пробандів зробили демонстративний, циклотимічний, тривожно-боязкий, гіпертимічний, афективно-екзальтований, збудливий, дистимічний типи акцентуацій ($r < 0,05$).

Такий розподіл не є несподіваним, тому що виявлені у процесі дослідження анамнестичні дані щодо життєдіяльності шлюбних партнерів пробандів підтверджують результати психодіагностичного дослідження. За результатами дослідження вдалося виокремити такі характеристики шлюбних партнерів пробандів, які впливають на психосоціальну сімейну дезадаптацію а саме:

1. «Підвищена схильованість» із елементами демонстративності або агресивності (неспецифічний тип соціального реагування (поведінки)).

2. Підвищена тривожність.

Розподіл досліджуваних шлюбних партнерів пробандів за сполученням характерологічних рис за методикою Г. Шмішека (рис. 2) свідчить, що за результатами досліджень виявлено три варіанти сполучення типів акцентуацій у шлюбних партнерів пробандів за сполученням акцентуованих рис. Виокремлені три варіанти структури проявів мали так звану «стрижневу» акцентуацію. У разі поєднання (змішані) акцентуацій «стрижнева» акцентуація обов'язково спиралася на «опорні» типи акцентуацій. Отже, у дослідженні чітко виявлялися, окрім рис, які властиві «стрижневій» акцентуації, риси «опорних» акцентуацій. До «опорних» віднесені акцентуації, прояв яких чинив постійний та значний вплив на емоційно-поведінкову сферу шлюбних партнерів пробандів.

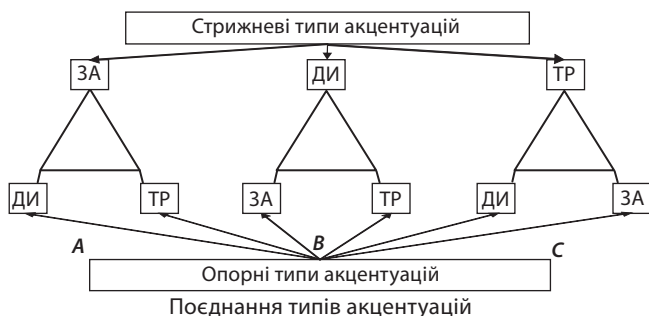


Рис. 2. Сполучення типів особистісних рис у досліджуваних шлюбних партнерів пробандів (методика К. Леонгарда — Г. Шмішека)

ЗА — застрягання; ДИ — дистимічність, ТР — тривожність

А — афективний варіант. Стрижневою рисою є застрягання, базовою — дистимічність та тривожність. Провідною є схильність до застрягання афекту. Шлюбні партнери пробандів загалом були педантичні, злопам'ятні, довго пам'ятають образи, ображаються. Нерідко на цьому ґрунті з'являлися нав'язливі ідеї. Шлюб-

ні партнери пробандів були дуже спрямовані («упертий у одне»). В них проявляються спалахи афекту та агресії. Опорною рисою було діагностовано дистимічність, яка проявляється схильністю до зниженого настрою, песимізму, похмурим поглядом на речі, стомлюваністю. Шлюбні партнери пробандів швидко виснажувалися у контактах і віддавали перевагу бути на самоті. Другою опорною рисою діагностовано тривожність, яка загалом була конституційною та супроводжувалася невпевненістю у собі.

В — песимістичний варіант. Стрижнева риса — дистимічність, опорні риси — застрягання та тривожність. Стрижневою виявлена схильність до розладів настрою. Частіше у шлюбних партнерів пробандів настрої був знижений, з песимістичним поглядом на речі. Шлюбні партнери пробандів швидко втомлювалися у бесідах, намагаються бути більш на самоті. Особливу властивість має комбінація опорних рис — застрягання і тривожності. Почасти у шлюбних партнерів пробандів тривожність пов'язана з приниженням людської гідності, в конфліктній ситуації вони були слабкі, безпорадні. Застрягаючі риси призводять до того, що шлюбні партнери пробандів не можуть винести таке становище, вони всіляко прагнуть витіснити «неприємності».

С — невпевнений варіант. Стрижнева риса — тривожність, опорні риси — дистимічність та застрягання. Шлюбні партнери пробандів із стрижневою тривожністю — переважно меланхолійного (або холеричного) складу. Загалом шлюбні партнери пробандів у житті не упевнені в собі, не вірять у власні здібності, недооцінюють, лякаються відповідальності, побоюються всіляких неприємностей для себе і рідних, не можуть стримувати власні страхи і тривогу, «притягуючи» до себе і близьких реалізацію страхів та побоювань. Опорні риси дистимічності та застрягання проявляються колінаванням настрою. Загалом шлюбні партнери пробандів невдоволені оточуючим, усе оцінюють у негативному, песимістичному світі, швидко виснажуються. Так само риси застрягання постійно «нагадували» родичам образи, вони ставали злопам'ятними. Часто шлюбні партнери пробандів були одержимі єдиною ідеєю допомоги ВІЛ-інфікованому родичу, проте емоційно залишалися ригідними.

Застосування Фрайбурзького особистісного опитувальника (FPI) надало змогу дослідити стан і властивості особистості, які мають першочергове значення для процесу соціальної адаптації та регуляції поведінки. З розподілу індивідуально-психологічних особливостей шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН (табл. 10) видно, що у досліджуваних ОГ були вищі показники (бали) за базовими шкалами ніж у ГП, а саме: невротичності ($6,10 \pm 0,80$ проти $5,53 \pm 0,43$, відповідно), спонтанної агресивності ($5,65 \pm 0,71$ проти $4,21 \pm 0,32$, відповідно), депресивності ($5,90 \pm 0,76$ проти $4,22 \pm 0,33$ відповідно), дратівливості ($6,20 \pm 0,90$ — $5,54 \pm 0,46$ відповідно), сором'язливості ($8,40 \pm 0,93$ — $6,55 \pm 0,45$ відповідно), емоційної лабільності ($8,58 \pm 0,76$ — $7,00 \pm 0,68$, відповідно). Отримані результати у шлюбних партнерів ОГ указували на наявність у них хитливого емоційного стану зі схильністю до афективного реагування, схильності до стресового реагування на звичайні життєві ситуації, тривожності, скутості, непевності, утруднення побудови соціальних і міжособистісних контактів. Крім того, низький показник за шкалою комунікабельності ($4,20 \pm 0,49$ бали) відображав досвід та сором'язливість шлюбних партнерів внаслідок життя з ВІЛ-інфікованим СІН, що свідчить про недостатні потенційні можливості щодо реалізації проявів соціальної активності, порушень потреби в спілкуванні.

Таблиця 10. Індивідуально-психологічні особливості шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН (у %)

Шкали	ОГ, n = 113	ГП, n = 91
Невротичності	6,10 ± 0,80	5,53 ± 0,43
Спонтанної агресивності	5,65 ± 0,71	4,21 ± 0,32
Депресивності	5,90 ± 0,76	4,22 ± 0,33
Дратівливості	6,20 ± 0,90	5,54 ± 0,46
Комунікабельності	4,20 ± 0,49	6,96 ± 0,72
Врівноваженості	4,30 ± 0,51	6,93 ± 0,71
Реактивної агресивності	5,23 ± 0,88	5,65 ± 0,55
Сором'язливості	8,40 ± 0,93	6,55 ± 0,45
Відкритості	6,40 ± 0,54	7,27 ± 0,58
Екстраверсії-інтроверсії	3,64 ± 0,27	7,45 ± 0,64
Емоційної лабільності	8,58 ± 0,76	7,00 ± 0,68
Маскулінності-фемінізму	2,74 ± 0,27	4,65 ± 0,47

Результати дослідження осіб, що належать до порівняльної групи, виявили наявність високої захищеності до впливу стрес-факторів, що базувалась на впевненості в собі, оптимістичності й активності (оцінка за шкалою врівноваженості — 6,93 ± 0,71), прагнення до довірчо-відвертої взаємодії з оточуючими, високий рівень самокритичності (оцінка за шкалою відкритості — 7,27 ± 0,58). Виявлено, що досліджувані ГП виявились менш сором'язливими, емоційно лабільними та більш врівноваженими, ніж досліджувані ОГ ($p \leq 0,01$).

З опорою на зміст та розподіл високих значень за шкалами FPI у кожній групі створено їх психологічний портрет у просторі означених шкал.

Профіль досліджуваних ОГ. Життя з ВІЛ-інфікованим СІН сформувало у шлюбних партнерів властивість уникати ризикованих ситуацій, несподівані події очікують із занепокоєнням, вони від будь-яких змін чекали тільки гіршого. У досліджуваних спостерігались наявність тривожності, скутості, труднощі у соціальних контактах, нерішучість і непевненість в собі. У спілкуванні шлюбні парт-

нери прагнули не вирізнятися і інколи ні в що не втручались, уникати компаній, спілкування, вони віддавали перевагу вузькому колу старих, перевірених друзів. Такі особи виявляли тривожність, збудливість у поєднанні із швидким виснаженням і стомлюваністю. Провідною особливістю є зниження порогів збудливості, підвищена чутливість. Досліджувані ОГ характеризуються нестійкістю емоційного стану, що проявляється в частих коливаннях настрою, підвищеної збудливості, дратівливості, недостатньої саморегуляції. Досліджувані шлюбні партнери із високими оцінками мали погану саморегуляцію психічних станів, нестійкий емоційний стан, часом були не здатні до роботи, що вимагала певного напруження, високого рівня контролю за діями, вольових зусиль, концентрації, зібраності. Ситуації із високою мірою невизначеності вони переносили погано, легко впадали у відчай. Гостро переживаючи свій неуспіх, могли разом із реакціями самозвинувачення демонструвати ворожість щодо оточуючих осіб.

Профіль досліджуваних ГП. Досліджуваним ГП було властиво прагнення до довірливої та відвертої взаємодії з оточуючими людьми при високому рівні самокритичності (відкритість). Добра захищеність до дії стрес-факторів звичайних життєвих ситуацій, що базується на впевненості в собі, оптимістичності й активності, відсутність внутрішньої напруженості, свобода від конфліктів. У них відзначалася задоволеність собою й успіхами (врівноваженість). Провідною рисою було наявність вираженої потреби в спілкуванні і постійної готовності до задоволення цієї потреби. Вони виявляли яскравість емоційних проявів, природність і невимушеність поведінки, готовність до співпраці, чуйне, уважне ставлення до людей, мали широке коло друзів, знайомих. Досліджуваним ГП була властива екстравертованість, що виявляється у активності, лідерстві. Такі особи не соромляться, коли на них звертають увагу, не відчувають утруднень у спілкуванні. Вони легко встановлювали контакти, охоче брали на себе головні ролі у взаєминах з оточенням.

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення стилів стрес-долаючої поведінки. Результати дослідження розподілу показників копінг-стратегій у досліджених групах шлюбних партнерів відображено у табл. 11.

Таблиця 11. Розподіл показників копінг-стратегій у досліджених групах шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН ($M \pm SD$)

Тип копінг-стратегії	Групи						Вірогідність різниць
	ОГ (<i>n</i> = 113)			ГП (<i>n</i> = 91)			
	абс.	%	± <i>m</i>	абс.	%	± <i>m</i>	
Конфронтація	22	19,5	4,0	—	—	—	НВ
Дистанціювання	24	21,2	4,1	—	—	—	НВ
Самоконтроль	8	7,1	2,6	18	19,8	4,0	<i>p</i> ≤ 0,05
Пошук соціальної підтримки	7	6,2	2,4	19	20,9	4,1	<i>p</i> ≤ 0,05
Прийняття відповідальності	9	8,0	2,7	18	19,8	4,0	<i>p</i> ≤ 0,05
Втеча-уникнення	21	18,6	3,9	—	—	—	НВ
Планування розв'язання проблеми	11	9,7	3,0	19	20,9	4,1	<i>P</i> ≤ 0,05
Позитивна переоцінка	11	9,7	3,0	17	18,7	3,9	<i>p</i> ≤ 0,05

Примітка: НВ — різниці невірогідні ($p \geq 0,05$). Серед осіб у групі порівняння ці типи копінг-стратегій не спостерігались ($p \leq 0,001$)

З даних табл. 11 видно, що в осіб ОГ переважали неконструктивні форми поведінки (агресивні зусилля щодо зміни ситуації, ворожість, готовність до конфронтації — 22 (19,5 ± 4,0 %), когнітивні зусилля відокремитися

від ситуації і зменшити її значущість у вигляді дистанціювання — 24 (21,2 ± 4,1 %), наявне прагнення і поведінкові зусилля, спрямовані до втечі або уникнення від проблеми — 21 (18,6 ± 3,9 %).

У респондентів ГП неконструктивних форм поведінки не виявлено $p \leq 0,05$). На протипагу ОГ, особам ГП були притаманні конструктивні форми поведінки у конфлікті, а саме: самоконтроль 18 ($19,8 \pm 4,0$ %), пошук соціальної підтримки 19 ($20,9 \pm 4,1$ %), прийняття відповідальності 18 ($19,8 \pm 4,0$ %), планування розв'язання проблем 19 ($20,9 \pm 4,1$ %).

Здатність опанування стресу та стиль поведінки в конфлікті міцно корелюють зі стресостійкістю особистості, результати вивчення якої (табл. 12) свідчать, що стресостійкість, яку оцінювали показниками «відмінно» та «добре», спостерігалась лише в ГП, відповідно у 92,3 % та 7,7 % осіб. Показники стресостійкості на рівні «задовільно», «погано» та «дуже погано» спостерігались лише в осіб, що перебували у шлюбі з ВІЛ-інфікованим СІН, і становили відповідно — 75,2 %, 20,4 % та 4,4 %.

У зв'язку з тим, що низькі показники стресостійкості спостерігались лише у шлюбних партнерів пробандів,

ми провели аналіз кореляційних взаємозв'язків між показниками стресостійкості та фактом прийому замісної терапії пробандом (табл. 13).

Таблиця 12. Характеристика показників стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН та у осіб ГП

Показник стресостійкості	ОГ (n = 113)			ГП (n = 91)		
	M ± m	абс.	%	M ± m	абс.	%
Відмінно	—	—	—	1,1 ± 0,07	84	92,3
Добре	—	—	—	6,4 ± 0,36	7	7,7
Задовільно	13,7 ± 0,71	85	75,2	—	—	—
Погано	23,7 ± 1,29	23	20,4	—	—	—
Дуже погано	33,1 ± 1,75	5	4,4	—	—	—

Таблиця 13. Кореляційні зв'язки між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН та замісною терапією у пробандів

Рівень стресостійкості	Усього (n = 113)		Отримують метадон (n = 88)		Не отримують метадон (n = 25)		Коефіцієнт кореляції
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
Задовільно (14,2—13,0)	85	75,2	85	96,5	—	—	$r_1 < 0,001$
Погано (24,2—23,3)	23	20,4	3	3,5	20	84,0	$r_1 > 0,05; r_2 < 0,001$
Дуже погано (34,32—33,0)	5	4,4	—	—	5	20,0	$r_1 > 0,05; r_2 < 0,001$

Примітки: r_1 — кореляція між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів і фактом отримання замісної терапії; r_2 — кореляція між показниками стресостійкості у шлюбних партнерів і фактом відмови від замісної терапії

З отриманих даних видно, що показник стресостійкості, оцінюваний як «задовільно», у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих споживачів ін'єкційних наркотичних речовин корелював ($r_1 < 0,001$) з показником отримання замісної терапії пробандом, тоді як показники стресостійкості «погано» і «дуже погано» корелювали з показником відмови пробандом від замісної терапії ($r_2 < 0,001$ для обох показників).

Аналіз показників рівня стресостійкості у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН свідчить про те, що в них спостерігаються лише низькі показники, які зумовлені відмовою пробанда від замісної терапії. Такий рівень стресостійкості сприяє легкому виникненню психогенних розладів.

Отже, наявність психічних та поведінкових розладів, а також викривлень у персоніфікаційній і поведінковій сферах у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН демонструє прояви співзалежності цих осіб. Спектр психічних розладів (депресивні та особистісні) вказує на переважно психогенний та особистісний рівень симптоматики. Низькі показники стресостійкості, негармонійні поєднання акцентуованих рис та індивідуально-психологічних властивостей, а також додаткові психотравмуючі чинники (наявність ВІЛ-інфекції в подружжі, відмова хворого від замісної терапії) сприяють виникненню не тільки психічних та поведінкових розладів у шлюбних партнерів ВІЛ-інфікованих СІН, а й провокують розвиток у них психосоціальної й сімейної дезадаптації.

Отримані дані мають бути враховані під час планування заходів медико-психологічної підтримки цього контингенту.

Список літератури

1. ВІЛ-інфекція в Україні : Інформ. бюлетень № 37. К., 2012. 82 с.
2. Концепція Загальнодержавної цільової соціальної програми протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014—2018 роки [Електронний ресурс]. URL : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/pre_20140730_c.html.
3. Пріб Г. А., Дворяк С. В. Комплексна профілактика ВІЛ-інфекції серед наркозалежних та економічна ефективність підтримуючої терапії агоністами опіоїдів // Журнал психіатрії та медичної психології. 2013. № 1 (32). С. 43—47.
4. Пріб Г. А., Дворяк С. В. ВІЛ-інфіковані наркозалежні пацієнти як група з особливими потребами в умовах епідемії ВІЛ/СНІД в Україні // Архів психіатрії. 2013. Т. 19, № 4 (75). С. 242.
5. Маркова М. В., Габрель Р. Т. Особливості психічного стану та сексуальної реалізації ВІЛ-інфікованих осіб і їх партнерів в контексті їх психосексуальної орієнтації та життєдіяльності партнерської пари // Міжнар. неврологічний журнал. 2013. № 6 (60). С. 147—151.
6. Габрель Р. Т. Стан психічного здоров'я ВІЛ-інфікованих осіб та їх партнерів в залежності від рівня порушення життєдіяльності партнерської пари // Архів психіатрії. 2013. № 2. С. 116—128.
7. Маркова М. В., Ярій В. В. Напруженість аддиктивного статусу і порушення психоемоційного стану в генезі дезадаптації дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність // Український вісник психоневрології. 2016. Т. 24, вип. 2 (87). С. 107—112.
8. Маркова М. В., Ярій В. В. Родинна дезадаптивна співзалежність у дружин чоловіків, хворих на алкогольну залежність: аналіз складових, типів і взаємозв'язків // Science of Europe (Prague, Czech Republic). 2016. Vol. 2, No 5 (5). Р. 28—40.
9. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : уч. пособие / под ред. Д. Я. Райгородского. Самара : «Бахрах-М», 2001. 672 с.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ПОДОЛАН Володимир Миколайович, старший викладач кафедри медицини катастроф та військової медицини Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна; e-mail: v.podolyanvin@ukr.net

PODOLIAN Volodymyr, Senior Lecturer of the Department of Disaster Medicine and Military Medicine of the Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia, Ukraine; e-mail: v.podolyanvin@ukr.net

УДК 616.831-001.31-036.66-08

*И. А. Григорова, О. А. Тесленко, Н. Н. Григоров***ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА КОГНИФЕН В КОМПЛЕКСНОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ С ПЕРЕНЕСЕННОЙ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ***I. A. Grygorova, O. O. Teslenko, M. M. Grygorov***Ефективність застосування препарату Когніфен в комплексній терапії хворих з перенесеною черепно-мозковою травмою***I. A. Grygorova, O. O. Teslenko, M. M. Grygorov***The effectiveness of Cogniphen usage in the complex therapy of a craniocerebral trauma**

Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ) — одна из важнейших медико-социальных проблем Украины сегодня. Усовершенствование методов лечения ЧМТ является важной задачей для практического врача.

В работе представлены результаты обследования 60 пациентов, перенесших ЧМТ средней степени тяжести в отдаленном периоде. Исследование проводили в три этапа: в день поступления пациентов в стационар, через 1 и 3 месяца на фоне комплексной терапии с применением препарата когнифен (основная группа) и пирацетам (контрольная группа). Эффективность терапии оценивали с помощью психодиагностических шкал, а также по динамике неврологического статуса и нейропсихологических расстройств.

Результаты исследования показали, что наиболее выраженные эффекты терапии отмечены у больных основной группы с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами, депрессивными расстройствами с возбуждением, излишней раздражительностью, напряженностью, повышенной двигательной возбудимостью и нарушением пространственных функций. При этом улучшение показателей психоэмоциональной сферы отмечены уже через 1 месяц после начатой терапии с дальнейшей их стабилизацией. Применение препарата когнифен в комплексной терапии ЧМТ быстро и существенно улучшает социальную адаптацию травмированного больного.

Ключевые слова: черепно-мозговая травма, терапия, когнифен

Реабілітація хворих з наслідками черепно-мозкових травм (ЧМТ) — одна з найважливіших медико-соціальних проблем України сьогодні. Удосконалення методів лікування ЧМТ є важливою задачею для практичного лікаря. У роботі наведені результати обстеження 60 хворих із наслідками ЧМТ середнього ступеня тяжкості. Дослідження проводили в три етапи: в день надходження пацієнтів в стаціонар, через місяць і 3 місяці на тлі комплексної терапії із застосуванням препарату когніфен (основна група) і пірацетам (контрольна група). Ефективність терапії оцінювали за допомогою кількісних психодіагностичних шкал, а також в динаміці неврологічного статусу і нейропсихологічних розладів.

Результати обстеження показали, що найбільш виражені ефекти терапії спостерігалися у хворих основної групи з тривожними і тривожно-депресивними розладами, депресивними розладами зі збудженням, зайвою дратівливістю, напруженістю, підвищеною руховою збудливістю і порушенням просторових функцій. При цьому поліпшення показників психоемоційної сфери було помітно вже через місяць після початку терапії з подальшою їх стабілізацією. Застосування препарату когніфен у комплексній терапії ЧМТ швидко та істотно поліпшує соціальну адаптацію травмованого хворого.

Ключові слова: черепно-мозкова травма, терапія, когніфен

Rehabilitation of patients with sequelae of craniocerebral trauma (CCT) is one of the most important medical and social problems of Ukraine today. Improvement of methods of the head injury treatment is an important problem for a practical doctor.

The paper presents the results of a survey of 60 patients who underwent the CCT of the moderate severity in the long-term period. The study was performed in three stages as follows: on the day of admission of patients to the hospital, in 1 and 3 months against a background of complex therapy with the use of cogniphen (the main group) and piracetam (control group). The effectiveness of therapy was assessed using psychodiagnostic scales, as well as the dynamics of neurological status and neuropsychological disorders.

The results of the study show that the most pronounced effects of therapy were observed in patients of the main group with anxiety and anxiety-depressive disorders, depressive disorders with excitation, excessive irritability, tension, increased motor excitability and impaired spatial functions. In doing so, the improvement in the indicators of the psychoemotional sphere was noted already 1 month after the initiation of therapy with further stabilization. The usage of cogniphen in the complex therapy of the CCT quickly and significantly improves the social adaptation of the injured patient.

Keywords: craniocerebral trauma, therapy, cogniphen

Реабилитация больных с последствиями черепно-мозговых травм (ЧМТ) — одна из важнейших медико-социальных проблем Украины сегодня. Это связано с увеличением частоты встречаемости ЧМТ вследствие роста числа дорожно-транспортных происшествий, развития экстремальных видов спорта, расширения зон военных конфликтов. Вместе с тем совершенствование интенсивной терапии острого периода ЧМТ привело к существенному снижению летальности у этой категории больных и поставило на первое место проблему восстановительного лечения в последующие периоды. Проявления даже не тяжелой ЧМТ через несколько лет может приводить к стойкой инвалидизации, что усложняет личностную и социальную адаптацию пациентов. В общей структуре инвалидности последствия ЧМТ со-

ставляют 25—30 %, причем инвалидность I и II групп — 64 % [1]. После любой ЧМТ неизбежно развиваются сложные, генетически предопределенные процессы репарации повреждений с разнообразно сочетающимся комплексом регенеративных и деструктивно-дистрофических слагаемых на фоне воспалительных и иммунных реакций различной выраженности. Пластическая перестройка мозга после ЧМТ продолжается и в отдаленном периоде, сложно сочетая в различных соотношениях деструктивные и регенеративные процессы [2, 3].

Многочисленные исследования показывают, что в позднем периоде ЧМТ происходит постепенное угасание проявлений острого периода, поведение и восприятие действительности пациента сглаживаются, становятся адекватными. Отдаленный период ЧМТ определяется как период клинического выздоровления, либо максимума восстановления нарушенных функций

или возникновения и прогрессирования патологических процессов, запущенных травмой. Для большинства пациентов, получивших ЧМТ, поздний её период становится реконвалесцентным и завершается полным выздоровлением. Однако, часть больных всё ещё испытывает её последствия в отдаленном периоде ЧМТ. Тогда на первый план обычно выступают вегетативные и эмоционально-личностные расстройства, ведущие к нарушению психосоциальных взаимодействий, а не физические дефекты. Происходит это из-за того, что самыми частыми в плане инвалидизации больного проявлениями закрытой ЧМТ являются нарушения когнитивных функций [4, 5].

Программа медицинской реабилитации пациентов с последствиями ЧМТ, особенно трудоспособного возраста, должна подбираться индивидуально, с учетом клинических и патоморфологических особенностей. Усовершенствование методов лечения ЧМТ является важной задачей для практического врача. Необходимость фармакологической коррекции делает актуальным поиск новых препаратов с ноотропным и нейротрофическим действием.

Нами было обследовано 60 пациентов трудоспособного возраста от 20 до 60 лет, перенесших ЧМТ средней степени тяжести (ушиб головного мозга средней степени тяжести) 1—3 года назад. Средний возраст обследованных составлял $39 \pm 3,5$ лет. Все больные находились на стационарном лечении в Харьковской городской клинической больнице скорой и неотложной медицинской помощи № 4 им. проф. А. И. Мещанинова и КУОЗ «Областная клиническая больница — Центр экстренной медицинской помощи и медицины катастроф». Обследованные пациенты не имели в анамнезе тяжелой соматической патологии, инфекционных и токсических заболеваний нервной системы, судорожного синдрома. Диагноз ЧМТ средней степени тяжести (ушиб головного мозга средней степени), отдаленный период устанавливали на основании общепринятых критериев. В остром периоде ЧМТ всем пациентам проводилась консервативная терапия.

Исследование проводили в три этапа: в первый день поступления пациента в стационар (1-й этап), через 30 дней (2-й этап) и через 90 дней после проведенного лечения (3-й этап). На каждом этапе всем пациентам проводили клиничко-неврологическое обследование по стандартной методике, нейропсихологическое обследование, дополнительное инструментальное нейрофункциональное обследование. Применение нейропсихологического обследования позволяет расширить представление врача о состоянии больного в целом. Нейропсихологическое исследование включало следующие психодиагностические методики. Эмоционально-волевые нарушения оценивали с помощью шкалы самооценки уровня тревожности Ч. Д. Спилбергера, Ю. Л. Ханина, шкалы депрессии Бека, опросника «САН» (В. А. Доскин, Н. А. Лаврентьева, В. Б. Шарай и М. П. Мирошников). Когнитивную сферу пациентов оценивали по Монреальской шкале оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment — MoCA). Об особенностях нейродинамических нарушений свидетельствовали результаты исследования биоэлектрических процессов головного мозга, полученные с помощью электроэнцефалографии и метода когнитивных вызванных потенциалов (КВП Р300).

Все больные были разделены на 2 группы. Пациентам I (основной) группы, состоящей из 30 человек, в тради-

ционную схему терапии был включен комбинированный препарат Когнифен. II группа (контрольная) состояла из 30 больных, которые получали традиционную терапию с включением ноотропного препарата Пирацетам (1000 мг/сут). Капсулы Когнифена применяли внутрь *per os*, не разжевывая, сразу после приема пищи, по 1 капсуле 3 раза в день. Продолжительность терапии составляла 90 дней. Эффективность терапии оценивали с помощью количественных психодиагностических шкал, а также по динамике соматического и неврологического статуса и выраженности эмоциональных расстройств.

Цель исследования — оценить клиническую эффективность комбинированного препарата Когнифен («Олайнфарм», Латвия) в лечении психоэмоциональных и когнитивных нарушений у больных после перенесенной ЧМТ.

Обследование больных с последствиями ЧМТ позволило выявить субъективную и объективную неврологическую симптоматику. Больные предъявляли многочисленные жалобы, с акцентом на эмоционально-волевые расстройства (87 %). Пациентов беспокоила общая слабость (66 %); головная боль (53 %), преимущественно напряжения или их сочетание с сосудистыми головными болями; головокружение (32 %); шаткость при ходьбе (18 %); утомляемость (50 %), раздражительность (66 %), нарушения сна, чаще в виде трудности засыпания (50 %) и ощущения отсутствия бодрости после сна (49 %), тревожность (39 %), пониженный фон настроения (27 %), неуверенность (60 %). Была отмечена эмоциональная лабильность в виде плаксивости, несдержанности, не терпеливости, особенно чрезмерная чувствительность к обычным внешним раздражителям (шум, яркий свет, стук и т. д.), снижение зрения, слуха. Неотъемлемой частью своего болезненного состояния больные считали: снижение работоспособности, сужение круга интересов, апатию, ошибки в ходе выполнения сложных заданий и др. Именно это мешало 39 % больных качественной социальной адаптации. Жалобы на ухудшение памяти, внимания выявили у 56 % больных. Жалобы на приступы немотивированной тревоги с учащенным сердцебиением, ознобopodobным дрожанием — у 46 %; склонность к поблдению лица и повышенная потливость, нарушение терморегуляции свидетельствовали о вегетативной неустойчивости пациентов.

По результатам анализа симптомов поражения нервной системы нами выделены основные синдромы: астенический синдром разной степени выраженности (88 %), синдром вегетативно-сосудистой дистонии (85 %), цефалгический (49 %), ликворной дистонии (73 %), вестибулярно-атактический (38 %), диссомнический синдром (30 %). По нашему мнению и мнению ряда исследователей, именно проявления астенического синдрома затрудняют адаптацию больных в своей семье и на производстве. Особенно часто и быстро его симптомы обостряются при отягощении вредными привычками (курение, употребление алкоголя и др.), воздействию незначительных стрессорных факторов, изменяющихся метеоусловий, что приводит к длительной потере трудоспособности. При этом астенический синдром в нашем обследовании всегда сочетался с вегетативными симптомами и нарушениями сна.

Астенические нарушения подтверждались при анализе состояния эмоционально-волевой сферы с использованием диагностических шкал. Эмоционально-волевые нарушения у пациентов были диагностированы в виде снижения положительной модальности

и повышения значения негативных эмоций, прежде всего тревожности, как реактивной, так и личностной. У больных также были отмечены депрессивные переживания легкой и умеренной степени выраженности, что подтверждает изменения показателей шкалы Бека. В нашем обследовании у пациентов в отдаленном периоде преобладали тревожно-депрессивные расстройства у 35 % пациентов.

Известно, что эмоциональные нарушения часто сочетаются с когнитивными и могут быть причиной развития последних [6, 7]. Сочетание у одного пациента когнитивных и эмоциональных нарушений значительно увеличивает выраженность познавательных расстройств. Когнитивные расстройства у пациентов, перенесших ЧМТ, наиболее часто затрагивают такие сферы психической деятельности, как память, внимание, скорость переработки поступающей информации, а также обеспечиваемые префронтальными отделами больших полушарий мозга управляющие функции (планирование, организация, принятие решений). Проведенное нами исследование показало высокую клиническую значимость когнитивных нарушений при сотрясении и ушибе мозга легкой и средней степени тяжести. Несмотря на отсутствие, иногда, субъективных жалоб когнитивного характера у больных и выявленных когнитивных нарушений при классическом неврологическом обследовании и при проведении короткого психодиагностического тестирования, более чем у 90 % обследованных нами пациентов результаты не соответствовали возрастной норме. Когнитивные нарушения выявили свою устойчивость в отдаленный период ЧМТ и диагностированы у 88 % обследованных. Так, при объективной оценке когнитивной сферы с помощью психодиагностических тестов легкие когнитивные нарушения были диагностированы у 60 %, умеренные — у 28 % пациентов. Тяжелую степень когнитивных нарушений (деменции) ни у одного из пациентов не обнаружили. Наибольшее количество ошибок больные совершали при определении категориального сходства между предметами, в отсроченном воспроизведении, в суете в внимание.

Наши исследования подтверждают представление о том, что в отдаленном периоде ЧМТ органическая неврологическая симптоматика постепенно сглаживается, и на первый план выступают вегетативно-сосудистые, эмоционально-волевые и когнитивные нарушения. Именно они являются основной причиной, ведущей к снижению клинической, бытовой и социально-трудовой адаптации разной степени выраженности.

Наиболее часто выявляемыми ЭЭГ-признаками у обследованных больных были диффузные изменения биоэлектрической активности головного мозга (96 % больных) и снижение общего уровня биопотенциалов (63 %). Превалировала низкоамплитудная медленно-волновая активность в лобно-височных и центральных отведениях. Признаки сниженной реактивности и умеренная лабильность корковых процессов, показатели дисфункции срединно-стволовых и подкорковых структур мезодизэнцефального уровня в виде пароксизмальной активности или ирритативных изменений зарегистрированы у 43 % пациентов. Более 60 % пациентов имели в подтверждение этому признаки вегетативно-сосудистой дистонии. Изменения основных ритмов ЭЭГ и наличие патологических видов активности выступают как отражение сложных патоморфологических и патофизиологических реакций мозга в отдаленном периоде легкой закрытой ЧМТ.

При компьютерной томографии у трети обследованных больных четких признаков нарушения плотности мозговой ткани определено не было, морфологические находки в головном мозге в отдаленном периоде ЧМТ носят неспецифический характер. В числе выявленных изменений были представлены гидроцефалия (внешняя, смешанная), незначительно выраженная у 60 % больных, арахноидальные кисты (6 %), признаки диффузного или локального атрофического процесса (6 %), явления уплотнения и утолщения оболочек мозга (5 %), как признаки арахноидита той или иной локализации. Результаты МРТ подтверждают незавершенность патологических процессов в отдаленном периоде ЧМТ. По мнению многих исследователей (Нягу А. И., 1986; Шулев Ю. А., 1993; Ritter A. M., Robertson C. S., 1994), возникающая в результате травмы гидроцефалия является причиной развития атрофии элементов мозговой ткани, сморщивания и уменьшения мозгового вещества, расширения желудочковых и субарахноидальных пространств. Этими изменениями объясняется развитие разнообразной психопатологической симптоматики последствий ЧМТ (Бурцев Е. М., Бобров А. С., 1986; Осетров А. С., 1989; Мякотных В. С., 1994; Аминов М. М., 1995; Соколова Т. В., 1995; Емелин А. Ю., 1996; Sandel M. E. et al., 1986; Sherman A. G. et al., 1994; Valsamis M. P., 1994).

Неадекватное и нерегулярное лечение пациентов с такими расстройствами часто становится основной причиной длительной декомпенсации заболевания, что значительно ухудшает уровень жизни пациентов и снижает эффективность труда. Именно поэтому вопрос подбора адекватной терапии при наличии невротических и социально дезадаптирующих расстройств у пациентов, перенесших ЧМТ, до сих пор является актуальным. К настоящему времени в неврологической практике широко применяются препараты гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК): аминалон, баклофен, ноофен. Известно, что ГАМК положительно влияет на центральное кровообращение (способствует расширению мозговых сосудов, повышению объемного кровотока) и повышение концентрации кислорода в головном мозге [7].

Имеющиеся в настоящее время данные позволяют рассматривать вариант прогрессирующего посттравматического когнитивного дефицита как проявление возникающей после ЧМТ полисинаптической недостаточности [8]. При выборе средств фармакологической терапии необходимо исходить из понимания механизмов действия препаратов и возможности их влияния на различные звенья патогенеза заболевания. Как правило, это препараты, обладающие нейрометаболическими, антиоксидантными, вазоактивными, нейротрофическими и другими свойствами и способные оказывать нейропротективное действие.

Наше внимание привлек комплексный препарат Когнифен, обладающий суммой свойств веществ, из которых он состоит. Когнифен — комбинированное лекарственное средство, содержащее фенибут (γ-амино-β-фенилмасляной кислоты гидрохлорид) и ипидакрин, благодаря чему сочетает свойства ноотропного и антихолинэстеразного препарата. Сочетание свойств обоих действующих веществ обуславливает повышение когнитивных функций мозга за счет воздействия на ГАМК-ергическую, холинергическую и дофаминергическую системы мозга. Это дает возможность максимально полного и одновременно «точечного» воздействия на процессы патогенеза когнитивных расстройств

(направленное влияние на все звенья возникающего нейромедиаторного дисбаланса); коррекции психоэмоциональных (прежде всего тревожных) расстройств; возможность одновременной реализации как фармакотерапевтической (коррекция когнитивных симптомов при синдроме умеренных когнитивных расстройств), так и фармакопрофилактической (торможение прогрессирования умеренных когнитивных расстройств и профилактики развития деменции) стратегий. Как видно из упомянутого состава Когнифена, в нем доза фенибута (300 мг) несколько выше, чем в составе Ноофена (250 мг), что, учитывая минимальный риск развития побочных эффектов фенибута, не влияет на уровень его безопасности, но потенциально усиливает его ноотропные и анксиолитические свойства. С другой стороны, ипидакрин (5 мг) в составе Когнифена представлен в существенно меньшей дозе, чем в составе Нейромидина (20 мг). Это позволяет снизить вероятность развития холиномиметических побочных эффектов при сохранении клинически значимого уровня холинергического действия, необходимого для терапии когнитивных расстройств. Когнифен обладает высокой степенью достижения комплайенса (удобство применения для врача и пациента) и экономической доступностью лечения ($1 < 1 + 1$).

Его составляющее вещество фенибут является производным ГАМК и фенилэтиламина. Основной механизм действия — прямое влияние на ГАМК-опосредованную передачу нервных импульсов в ЦНС. Улучшает функциональное состояние мозга за счет нормализации метаболизма тканей и воздействия на мозговое кровообращение. Доминирующим является его антигипоксическое и антиамнестическое действие. Фенибут стимулирует процессы обучения и улучшения памяти, повышает физическую работоспособность, вызывает оживление интересов, устраняет напряжение, тревожность, страх и улучшает сон, уменьшает проявления астении и выраженность вазовегетативных симптомов, включая головную боль, ощущение тяжести в голове, также улучшает вестибулярную функцию, уменьшает головокружение. Основным эффектом второго действующего вещества — ипидакрина — является усиление функциональной активности постсинаптической клетки (проведение возбуждения между нейронами, сокращение мышц). Ипидакрин усиливает действие на гладкие мышцы не только ацетилхолина, но и адреналина, серотонина, гистамина и окситоцина. Таким образом он восстанавливает и стимулирует нервно-мышечную передачу в центральной и периферической нервной системе; усиливает сократимость гладкомышечных органов под влиянием всех антагонистов, за исключением калия хлорида; специфически умеренно стимулирует ЦНС с отдельными проявлениями седативного эффекта; улучшает память и способность к обучению; тормозит прогрессивное развитие деменции; проявляет анальгезирующий эффект; оказывает антиаритмическое действие. Указанные свойства препарата, несомненно, играют выраженную позитивную роль в терапии ЧМТ.

Положительные результаты терапии были отмечены в субъективной оценке пациентами своего состояния. Это, прежде всего, отразилось на положительной динамике жалоб в эмоциональной и психологической сферах: уменьшилось количество жалоб на головную боль, излишнюю раздражительность, плаксивость, снижение внимания, плохой сон, тревожность, пониженный фон настроения, неуверенность (рис. 1, 2).

Причем у пациентов I группы уже с первых недель приема улучшилось самочувствие, появились интерес и инициатива, моторная активность. А к окончанию курса терапии 52 % пациентов отмечали уверенность в том, что «взяли свою жизнь под контроль» и значительно улучшили внутрисемейные и даже сексуальные отношения. Подобных выраженных и эмоционально окрашенных утверждений больные, принимавшие пирацетам, не высказывали, несмотря на также положительную динамику жалоб. У них жалобы астенического характера регрессировали не полностью даже к концу 3-го этапа: оставались чувства усталости, небольшой слабости, двигательной неуверенности, плаксивости, тревожности, иногда мешающие обычной жизнедеятельности.



Рис. 1. Динамика жалоб на 2-м этапе терапии



Рис. 2. Динамика жалоб на 3-м этапе терапии

В неврологическом статусе у пациентов обеих групп регистрировалась положительная динамика, что отразилось в снижении выраженности астенического синдрома, нормализации диссомнических нарушений и, как следствие, улучшение настроения и показателей повседневной активности. В то же время в I группе динамика была значительно более выражена уже на 30-й день терапии с последующей положительной динамикой (рис. 3, 4). Большинство (73 %) больных I группы уже ко второму этапу лечения отмечали улучшение настроения, ощущение восстановления сил,

повышение внутренней энергии и работоспособности, а также уменьшение тревожности и чувства страха, нормализовался сон. Только 47 % больных II группы указали подобные улучшения на втором этапе терапии. Менее значительные изменения претерпевали церебрально-очаговые проявления (в частности, пирамидная симптоматика, мозжечково-вестибулярная дисфункция, ликворная дистензия) и выраженность синдрома внутричерепной гипертензии на втором этапе у пациентов обеих групп, хотя положительная динамика наиболее выражена была у больных I группы.

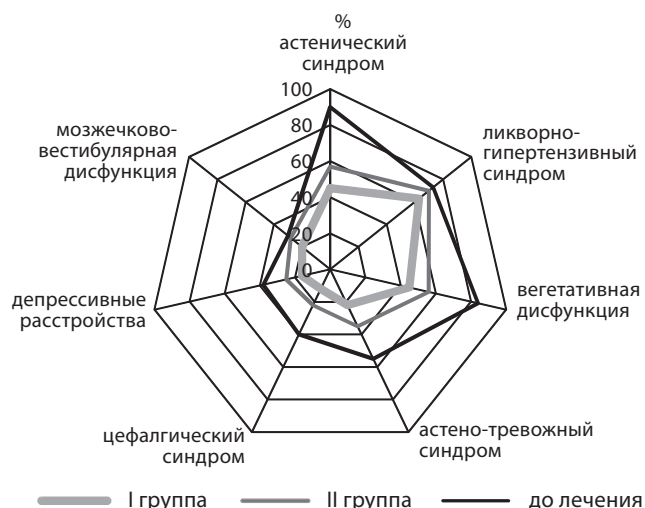


Рис. 3. Динамика ведущих клинических синдромов на 2-м этапе терапии

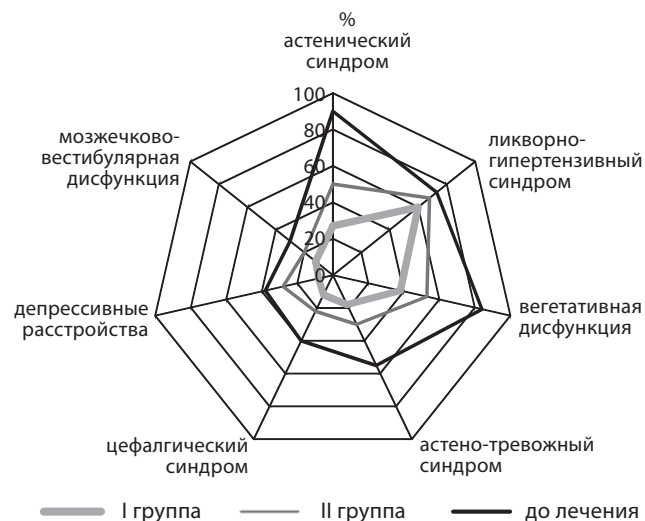


Рис. 4. Динамика ведущих клинических синдромов на 3-м этапе терапии

Вегетативные нарушения оказались стойкими у больных обеих групп на всех этапах терапии. Несмотря на это, при включении в терапию препарата Когнифен отмечена более выраженная стабилизация деятельности вегетативной нервной системы (по субъективным ощущениям и объективным данным) у 50 % больных I группы в конце курса терапии, тогда как во второй группе эти изменения отметили лишь у 32 % больных.

Нейропсихологическое тестирование фиксировало тесную корреляцию между приемом препаратов и ре-

грессом психической дисфункции. Показатели шкалы самооценки уровня тревожности демонстрировали более выраженный положительный эффект у больных I группы уже на первом этапе терапии. На фоне лечения Когнифеном отмечали практически полную регрессию тревожного компонента у больных к 3-му месяцу лечения, тогда как показатели уменьшения тревожности при лечении пирацетамом снижались гораздо меньше, так и не достигая показателя низкой тревожности в конце терапии (рис. 5, 6).

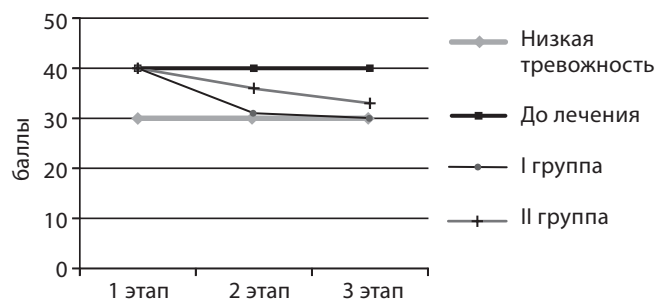


Рис. 5. Динамика показателей личностной тревоги

На фоне приема Когнифена у больных отмечали выраженную редукцию аффективных нарушений, что объективно подтверждалось уменьшением показателей по шкале Бека и соответствовало данным субъективных самоотчетов. Несмотря на это, у всех пациентов на 30-й день терапии оставались признаки легкой или умеренной депрессии (рис. 7). Выраженность тревожных и тревожно-депрессивных расстройств, депрессивных расстройств с возбуждением, излишней раздражительностью, напряженностью значительно уменьшились только у больных I группы на 90-й день терапии. Тогда как больным II группы, по-видимому, потребуется дополнительное назначение антидепрессантных препаратов.

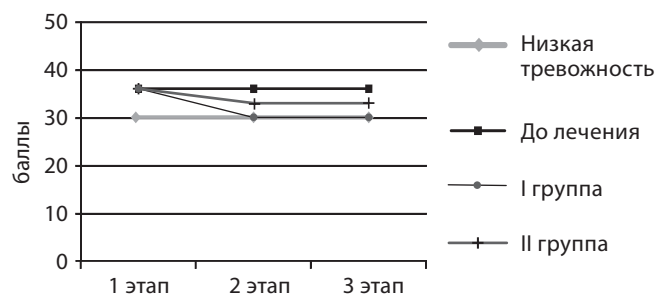


Рис. 6. Динамика показателей реактивной тревоги

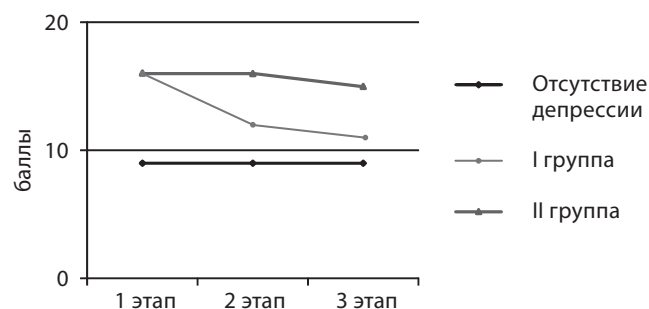


Рис. 7. Динамика показателей шкалы Бека на этапах терапии

Достоверное улучшение состояния отмечали больные на фоне терапии в виде улучшения самочувствия, активности, фонового настроения. Особенно эффективным в этом направлении оказался препарат

Когнифен. Так, пациенты принимавшие Когнифен, давали более высокие оценки самочувствия, активности, настроения опросника «САН» уже на 30-й день терапии (табл. 1.)

Таблица 1. Динамика показателей опросника «САН»

Показатель, баллы	До лечения	Группы терапии			
		I группа		II группа	
	1-й этап	2-й этап	3-й этап	2-й этап	3-й этап
Субъективная шкала оценки самочувствия	43,2 ± 1,2	53,2 ± 1,2	61,8 ± 1,4	49,4 ± 0,1	56,8 ± 1,1
Оценка уровня активности	45,3 ± 1,8	68,3 ± 0,4	74,3 ± 2,3	56,2 ± 0,4	67,5 ± 2,2
Оценка уровня настроения	49,4 ± 0,1	78,5 ± 0,4	94,8 ± 0,1	58,5 ± 0,4	77,5 ± 0,9

Анализ когнитивных функций при лечении показал, что у пациентов, принимающих Когнифен, имело место статистически более значимое улучшение всех показателей когнитивной сферы, чем у пациентов II группы. Показатели шкалы МоСА также указывали на улучшение когнитивных функций у $2/3$ пациентов, у которых были обнаружены такие нарушения. Проведенное в динамике исследование когнитивных функций больных показало, что по результатам шкалы МоСА достоверные различия с исходным уровнем были получены через 30 дней после начала лечения (рис. 8).

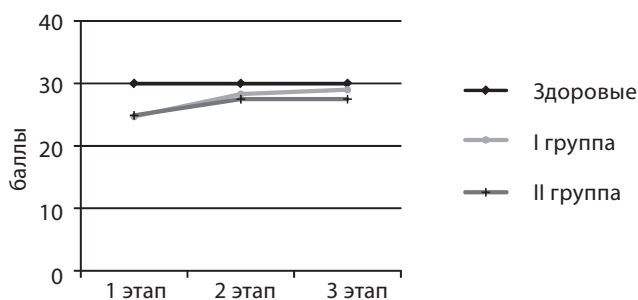


Рис. 8. Динамика нейропсихологических показателей по шкале МоСА

В частности, если до начала приема препарата средний балл составил в I группе $24,7 \pm 0,3$, во II группе — $24,9 \pm 0,2$. На втором этапе показатели по шкале МоСА во II группе составили $27,5 \pm 0,2$ балла ($p < 0,01$). Дальнейшего достоверного улучшения этих показателей на последующих этапах исследования мы не наблюдали. Тогда как больные I группы показали быструю динамику показателей шкалы именно в период терапии Когнифеном уже после 1 месяца терапии (второй этап) — $28,3 \pm 0,2$ балла. Отчетливая положительная динамика сохранялась и в дальнейшие месяцы приема Когнифена ($28,9 \pm 0,3$ балла) и характеризовалась значительным уменьшением времени выполнения теста.

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что Когнифен, примененный

в комплексном лечении больных с посттравматическими когнитивными нарушениями, оказывает стойкий положительный эффект уже в первый месяц приема препарата. У пациентов улучшились память, внимание, умственная работоспособность, уменьшились астено-депрессивные проявления. Дальнейшее нарастание и стойкость эффекта терапии отмечали только у Когнифена, тогда как у больных, принимавших пираретам, динамика показателей отражала лишь тенденцию к улучшению. Эти данные, как и существующие в литературе, оправдано позволяют рекомендовать Когнифен в комплексной терапии больных с посттравматическими когнитивными нарушениями длительными курсами.

В процессе терапии у больных обеих групп наблюдали положительную динамику спектра ЭЭГ и реактивности на функциональные пробы только на 3-м этапе терапии. У пациентов I группы удалось обнаружить более выраженное улучшение частотно-амплитудной характеристики и реактивности ЭЭГ: выравнивание биоритмов с нарастанием альфа-активности, уменьшением представленности патологической активности с общей тенденцией к нормализации ЭЭГ. Повышение судорожной активности головного мозга не зафиксировано.

Динамика КВП Р300 на фоне проводимой терапии отражала улучшение биоэлектрических процессов головного мозга. Это свидетельствует об улучшении процессов, связанных с познавательными функциями, прежде всего — такими как память, различение, переработка информации, принятие решения, выбор реакции.

По окончании курса терапии у пациентов I группы, получавших Когнифен, индивидуальные значения латентности пика компонента Р300 стали меньше, чем до лечения, и вошли в диапазон возрастной нормы (табл. 2).

У пациентов, вошедших во вторую группу, получавших Пираретам, динамика индивидуальных значений латентности пика компонента Р300 в обоих отведениях по окончании курса терапии оказалась слабовыраженной и неоднозначной, и до нормативных возрастных параметров значения не восстановились, хотя также имели положительную направленность.

Таблица 2. Распределение латентности пика Р300 у больных с черепно-мозговой травмой

Показатель	1-й этап		Группы терапии				Возрастная норма
			I группа		II группа		
	I группа	II группа	2-й этап	3-й этап	2-й этап	3-й этап	
P300	383,2 ± 22,4	388,7 ± 27,3	345,0 ± 16,2	304,4 ± 17,0	337,3 ± 15,7	330,2 ± 16,9	302,3 ± 6,4

Таким образом, в результате проведенного курса терапии эффективность лечения составила 92 % в I группе и 58 % во II группе. Большинство пациентов I группы давали «хорошую» оценку проведенному лечению по субъективным данным обследования нервной системы, 8 % пациентов охарактеризовали терапию как «неудовлетворительную». В контрольной группе 30 % больных охарактеризовали терапию как хорошую, 28 % — как «удовлетворительную», 10 % пациентов указали на отсутствие ожидаемого эффекта. Эти результаты свидетельствуют об улучшении функционального состояния головного мозга. Однако наиболее ярко выявленные изменения ассоциировались с улучшением клинического состояния больных на всех этапах исследования, улучшением когнитивных и эмоционально-волевых показателей различной степени выраженности у больных, принимавших препарат Когнифен. При терапии Когнифеном не было выявлено побочных эффектов и осложнений. Все больные переносили препарат по схеме хорошо на всех этапах терапии.

На фоне лечения Когнифеном у больных отмечали более выраженную редукцию аффективных нарушений уже через месяц приема препарата в виде значительного повышения фона настроения и уменьшения его колебаний, приближение его к ровному, нормализацию сна, нормализацию аппетита и др. Причем уже с первых недель приема больные отметили появление интереса и инициативы, моторной активности и уверенности в возможности улучшения социальных контактов. На фоне улучшения эмоционального состояния улучшались и познавательные функции, память, особенно это было заметно после 3-го месяца терапии.

Результаты проведенного исследования показали высокую клиническую эффективность препарата Когнифен у больных, которые перенесли ЧМТ с нарушением психоэмоциональной сферы и когнитивных функций. Особенно выражены его эффекты проявились у больных с тревожными и тревожно-депрессивными расстройствами, депрессивными расстройствами с возбуждением, излишней раздражительностью, напряженностью, повышенной двигательной возбудимостью и нарушением пространственных функций.

Таким образом, положительное влияние препарата Когнифен проявляется в психоэмоциональной сфере уже через 1 месяц после начатой терапии, и хорошо стабилизирует ее через 3 месяца терапии, в этот же период улучшаются и когнитивные функции больных в отдаленном периоде ЧМТ. Когнифен является удобным в применении препаратом и рекомендуется для терапии

пациентов с ЧМТ для улучшения психоэмоционального состояния (курсом 1—2 мес.) и познавательных функций (курсом 3 мес.).

Список литературы

1. Марков О. В. Хірургічна тактика при травматичних ушкодженнях кісток черепа : автореф. дис. ... канд. мед. наук : спец. : 14.01.05 — Нейрохірургія / О. В. Марков ; НМАПО. Київ, 2007. 20 с.
2. Рахова Р. К., Раковлев Н. А. Клинико-психовегетативные и метаболические нарушения у больных с последствиями легкой черепно-мозговой травмы // Нейроиммунология. 2003. Т. 1, № 2. С. 124—125.
3. Бойко А. В., Костенко Е. В., Батышева Т. Т., Зайцев К. А. Черепно-мозговая травма // Consillium Medicum. 2007. Т. 9, № 8. С. 5—10.
4. Traumatic injury to the immature brain results in progressive neuronal loss, hyperactivity and delayed cognitive impairments / Pullella R., Raber J., Pfankuch T. [et al.] // Dev. Neurosci. 2006. Vol. 28. P. 396—409.
5. Захаров В. В., Дроздова Е. А. Когнитивные нарушения у больных с черепно-мозговой травмой // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2013. Т. 4. С. 88—93.
6. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных нарушений в пожилом возрасте: диагностика и лечение // РМЖ. 2004. № 10. С. 573.
7. Differential evolution of cognitive impairment in nondemented older persons: results from the Kungsholmen Project / Palmer K., Wang H.-X., Backman L. [et al.] // Am J Psychiatry. 2002. Vol. 159 (3). P. 436—42.
8. Norris C. M., Scheff S. Recovery of afferent function and synaptic strength in hippocampal CA1 following traumatic brain injury // J. Neurotrauma. 2009. Vol. 26, No. 12. P. 2269—2278.

Надійшла до редакції 12.10.2017 р.

ГРИГОРОВА Ирина Анатольевна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой неврологии № 1 Харьковского национального медицинского университета (ХНМУ), г. Харьков, Украина; e-mail: grygorova_i@ukr.net

ТЕСЛЕНКО Ольга Александровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры неврологии № 1 ХНМУ, г. Харьков, Украина; e-mail: oteslen@gmail.com

ГРИГОРОВ Николай Николаевич, ассистент кафедры гражданского здоровья и управления здравоохранения ХНМУ, г. Харьков, Украина; e-mail: grygorova_i@ukr.net

GRYGOROVA Iryna, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Neurology № 1 of Kharkiv National Medical University (KhNMU), Kharkiv, Ukraine; e-mail: grygorova_i@ukr.net

TESLENKO Olga, MD, PhD, Associate Professor of Department of Neurology № 1 of KhNMU, Kharkiv, Ukraine; e-mail: oteslen@gmail.com

GRYGOROV Mykola, Assistant of Department of Public Health and Healthcare Management of KhNMU, Kharkiv, Ukraine; e-mail: grygorova_i@ukr.net

Ю. Н. Рушкевич, И. Д. Пашковская, С. А. Лихачев

ИЗМЕНЕНИЯ АКТИВНОСТИ КРЕАТИНКИНАЗЫ ПРИ БОЛЕЗНИ ДВИГАТЕЛЬНОГО НЕЙРОНА

Ю. М. Рушкевич, І. Д. Пашковська, С. О. Лихачов

Зміни активності креатинкінази при хвороби рухового нейрона

Y. N. Rushkevich, I. D. Pashkouskaya, S. A. Likhachev

Disturbance of creatine kinase in motor neuron disease

Разнообразие клинических симптомов болезни двигательного нейрона (БДН) нередко способствует позднему выявлению болезни. Поиск биологических маркеров, позволяющих выявить заболевание на ранних стадиях, является важной составляющей медицинской помощи пациентам с БДН.

Цель исследования: установить особенности изменения активности креатинфосфокиназы (КФК) и ряда биохимических показателей в крови у пациентов с БДН в зависимости от пола, возраста, дебюта и длительности заболевания.

Биохимические показатели крови — общая КФК, КФК-МВ, общий холестерин и креатинин — были проанализированы у 249 пациентов с боковым амиотрофическим склерозом (БАС), из них 128 (51 %) — мужчин и 121 (49 %) — женщин; средний возраст — 59 лет [52,5; 66] на момент включения в исследование и 49 человек группы контроля: 24 (49 %) мужчины и 25 (51 %) женщины; средний возраст — 62 года [56; 67] лет. Изучение биохимических показателей проводили на биохимическом анализаторе AU 400 фирмы Olympus с использованием реагентов производства Olympus.

Выявлено статистически значимое повышение активности КФК в группе пациентов с БДН (190,0 [107,0; 350,0] Ед/л) по сравнению с группой контроля (73,0 [53,0; 96,0] Ед/л ($U, p = 0,000$)), как у мужчин, так и у женщин, наиболее значимое при пояснично-крестцовом дебюте заболевания. Установлено, что для пациентов с повышенным уровнем КФК характерен более молодой возраст начала болезни и возраст установления диагноза, более длительное течение заболевания и повышение сердечной фракции КФК-МВ. Выявлено, что пациенты с бульбарным дебютом заболевания были значимо старше, и длительность БДН у них была меньше, чем при других формах. Показана высокая диагностическая чувствительность и специфичность КФК у мужчин с БАС, которая составила 72 % и 100 % соответственно, при пояснично-крестцовой форме заболевания существенно повышается чувствительность — до 80 % при специфичности 100 %. Активность КФК в крови у мужчин с БАС и пациентов с пояснично-крестцовой формой БАС можно использовать в качестве дополнительного критерия диагностики патологических изменений в скелетной мускулатуре конечностей и оценки степени тяжести БАС.

Ключевые слова: болезнь двигательного нейрона, боковой амиотрофический склероз, креатинфосфокиназа, холестерин, креатинин, сыворотка

Різноманітність клінічних симптомів хвороби рухового нейрона (ХРН) нерідко сприяє пізньому виявленню хвороби. Пошук біологічних маркерів, що дозволяють виявити захворювання на ранніх стадіях, є важливим складником медичної допомоги пацієнтам з ХРН.

Мета дослідження: встановити особливості зміни активності креатинфосфокинази (КФК) і низки біохімічних показників в крові у пацієнтів з ХРН залежно від статі, віку, дебюту і тривалості захворювання.

Біохімічні показники крові — загальна КФК, КФК-МВ, загальний холестерин і креатинін — були проаналізовані у 249 пацієнтів з бічним аміотрофічним склерозом (БАС) (128 (51 %) чоловіків і 121 (49 %) жінка; середній вік 59 [52,5; 66] років) на момент включення в дослідження і 49 осіб групи контролю: 24 (49 %) чоловіки і 25 (51 %) жінок; середній вік 62 [56; 67] років. Вивчення біохімічних показників проводили на біохімічному аналізаторі AU 400 фірми Olympus з використанням реагентів виробництва Olympus.

Виявлено статистично значуще підвищення активності КФК в групі пацієнтів з ХРН (190,0 [107,0; 350,0] Од/л) порівняно з групою контролю (73,0 [53,0; 96,0] Од/л ($U, p = 0,000$)), як у чоловіків, так і у жінок, найбільш значуще при попереково-крижовому дебюті захворювання. Встановлено, що для пацієнтів з підвищеним рівнем КФК характерний більш молодий вік початку хвороби і вік встановлення діагнозу, більш тривалий перебіг захворювання та підвищення серцевої фракції КФК-МВ. Виявлено, що пацієнти з бульбарним дебютом захворювання були значимо старшими, і тривалість ХРН у них була меншою, ніж при інших формах. Показано високу діагностичну чутливість і специфічність КФК у чоловіків з БАС, які склали 72 % і 100 % відповідно, при попереково-крижовій формі захворювання істотно підвищується чутливість — до 80 % при специфічності 100 %. Активність КФК в крові у чоловіків з БАС і пацієнтів з попереково-крижовою формою БАС можна використовувати як додатковий критерій діагностики патологічних змін в скелетних м'язах кінцівок і оцінки ступеня тяжкості БАС.

Ключові слова: хвороба рухового нейрона, бічний аміотрофічний склероз, креатинфосфокиназа, холестерин, креатинін, сироватка

Variety of clinical symptoms of the motor neuron disease (MND) quite often promote late detection of a disease. The search of biological markers can reveal the MND at early stages.

Objective: to establish the creatine kinase (CK) activity and a number of biochemical indexes in blood in MND patients depending on a sex, age, onset and MND duration.

CK, CK-MB, cholesterol, creatinine were analyzed in 249 MND (amyotrophic lateral sclerosis — ALS) patients (128 (51 %) men and 121 (49 %) woman; mean age 59 [52,5; 66] years) and 49 people of control group (24 (49 %) men and 25 (51 %) women; mean age 62 [56; 67] years) at the time of inclusion in the research. Studying of biochemical indexes was carried out on the biochemical AU 400 analyzer of Olympus with use of reagents of production Olympus.

Significant increase of CK activity in ALS patients is revealed (190,0 [107,0; 350,0] U/l) in comparison with control group (73,0 [53,0; 96,0] U/l ($U, p = 0,000$)), both men and women, the most significant at a lumbosacral onset of MND. It is established that younger age of an onset of MND and an age in which MND diagnosis was made, more long-lived course of a disease and increase in CK-MB is characteristic of ALS patients with the increased CK level. It is revealed that ALS patients with a bulbar onset were significantly more senior and they had less ALS duration, than in other ALS forms. The high diagnostic sensitivity and specificity of CK were shown: in ALS men — 72 % and 100 % respectively, and a lumbosacral form of a disease the sensitivity up to 80 % significantly increases at specificity of 100 %. The CK activity in blood in ALS men and patients with lumbosacral form ALS can be used as biomarker of diagnostics of pathological process in a skeletal musculature of extremities and assessment of ALS degree.

Key words: motor neuron disease, amyotrophic lateral sclerosis, creatine kinase, cholesterol, creatinine, serum

Болезнь двигательного нейрона (БДН) — группа нейродегенеративных заболеваний, характеризующихся вовлечением в патологический процесс центрального и периферического мотонейронов, двигательных ядер черепных нервов и развитием сходных клинических проявлений в виде прогрессирующих мышечной слабости скелетной и/или бульбарной мускулатуры, мышечных атрофий. БДН по распространенности среди нейродегенеративных заболеваний занимает третье место после болезни Альцгеймера и болезни Паркинсона. Согласно данным эпидемиологических исследований, распространенность БДН составляет от 0,8 до 7,3 на 100 тыс. случаев в год. Возрастные границы дебюта БДН варьируют в широких пределах — от 18 до 85 лет. Средний возраст начала болезни приходится на 57—58 лет, то есть на лиц зрелого и трудоспособного возраста, с высоким интеллектуальным и профессиональным потенциалом. Самой распространенной формой БДН является боковой амиотрофический склероз (БАС), удельный вес которого достигает 80 %, поэтому часто термин БДН используют как синоним БАС [3, 8, 10]. Изучение патогенеза нейродегенерации на примере БДН и поиск причин избирательной гибели мотонейронов при этой патологии остаются достаточно актуальными проблемами современной неврологии. В патогенезе нейродегенеративных заболеваний, в том числе болезни моторного нейрона, ведущая роль отводится процессам избыточной активации глутаматергической системы, эксайтотоксичности, окислительному стрессу, дисфункции митохондрий, усилению апоптоза клеток нервной ткани [1, 13].

Креатинфосфокиназа (КФК) — это фермент, который является катализатором, превращая аденозинтрифосфат (АТФ) и креатин в креатинфосфат — высокоэнергетическое соединение, которое расходуется организмом при увеличенных физических нагрузках. КФК содержится в мышцах (в том числе и в сердечной мускулатуре) и ряде других важных органов: головном мозге, легких, щитовидной железе. Наибольшее клиническое значение имеют следующие изоферменты креатинкиназы: КК-МВ (сердечный изофермент, изменяющийся при повреждении клеток миокарда), КК-ВВ (мозговой изофермент, его изменение отражает патологию клеток головного мозга), КК-ММ (мышечный изофермент, находящийся в скелетных мышцах).

Повышение активности общей КФК наблюдается при повреждении клеток скелетной мускулатуры, миокарда, нервной ткани и поэтому не является специфичным. Высокая активность КФК нередко встречается при травматических повреждениях и заболеваниях скелетных мышц: миопатиях разного генеза, миодистрофиях, а также при некоторых заболеваниях головного мозга, после хирургических операций, приема больших доз психотропных препаратов и алкоголя, при любых видах шока, гипотиреозе.

КФК при повреждении мышечной ткани проникает в кровь и, таким образом, может служить индикатором мышечного повреждения, а также отражать процесс некроза в скелетной мышце или миокарде. В то время как при периферических невропатиях и поражениях нервно-мышечного соединения активность КФК остается нормальной, при заболеваниях мотонейронов спинного мозга уровень КФК может незначительно повышаться. Увеличение в крови активности КФК, превышающее норму более чем в 10 раз, указывает на деструкцию мышц [2]. При прогрессирующей мышечной

дистрофии увеличение активности КФК обнаруживается уже на ранних стадиях болезни, еще до появления четких клинических признаков патологического состояния. С развитием заболевания мышечная ткань у больных атрофируется, замещается жировой и соединительной, вследствие чего в конечной стадии патологического процесса активность КФК может приходиться к норме.

Цель исследования — установить особенности изменения активности КФК и ряда биохимических показателей в крови у пациентов с БДН в зависимости от пола, возраста, дебюта и длительности заболевания.

Ряд биохимических показателей крови: общая КФК, КФК-МВ, общий холестерин и креатинин — были проанализированы у пациентов основной группы (249 пациентов с БАС: 128 (51 %) мужчин и 121 (49 %) женщина; средний возраст 59 [52,5; 66] лет) и группой контроля, которую составили 49 человек: 24 (49 %) мужчины и 25 (51 %) женщин на момент включения в исследование при установлении диагноза БДН (БАС). Средний возраст группы контроля составил 62 [56; 67] лет и значимо не отличался от группы БАС ($U, p = 0,06$). Различия по полу между группами отсутствовали. Диагноз БАС основывался на анализе клинко-электронейромиографических данных по уточненному Эль-Эскориальскому критерию [6] с алгоритмом Awaji-Shima: наличие у пациента признаков сочетанного поражения центральных и периферических мотонейронов на трех уровнях из четырех возможных (ствол мозга, шейный, грудной и поясничный отделы спинного мозга) [11].

Изучение биохимических показателей: общей КФК, КФК-МВ, общего холестерина и креатинина проводили на биохимическом анализаторе AU 400 фирмы Olympus (Япония — США) с использованием реагентов производства Olympus.

При статистической обработке полученных данных применяли программу Statistica 10.0. Вычисляли медиану и интервал между 25 и 75 процентилями (*Median* [Q1; Q3]). Статистическую значимость между группами оценивали с помощью критериев Манна — Уитни и Крускала — Уоллиса. Качественные признаки оценивали с помощью критерия хи-квадрат (χ^2) и критерия Фишера (Fisher's exact test). Корреляционный анализ выполняли с помощью критерия Спирмена. Статистически значимыми являлись результаты при $p > 0,05$.

Общая активность КФК в крови пациентов с БАС основной группы на момент включения в исследование составила 190,0 [107,0; 350,0] Ед/л при контрольных уровнях 73,0 [53,0; 96,0] и статистически значимо ($U, p = 0,000$), более чем в 2,5 раза превышала нормальное значение у здоровых лиц.

При уточнении распределения лиц с повышенным значением КФК было установлено, что увеличение активности данного фермента было выявлено только среди пациентов с БАС (62,65 %), что обусловлено вовлечением мышечной ткани в патологический процесс вследствие заболевания ($\chi^2, p = 0,00000$) (рис. 1).

Выявленные различия между группами по уровню КФК обусловлены наличием быстро прогрессирующего нейродегенеративного процесса с вовлечением нижнего мотонейрона и субклинически текущим реиннервационно-иннервационным процессом со вторичным вовлечением мышечной ткани у пациентов основной группы на момент установления диагноза БАС.

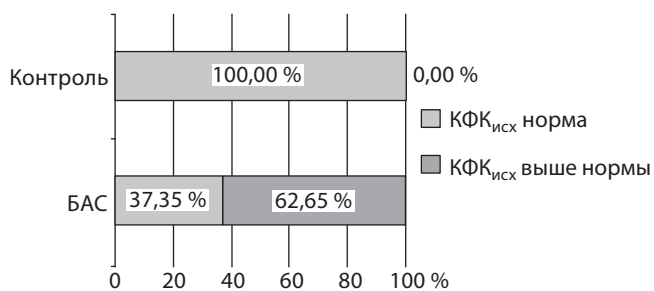


Рис. 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп по уровню КФК

Мы проанализировали подгруппы пациентов с БАС с повышенным и нормальным уровнем активности КФК (табл. 1). Установлено, что для пациентов с повышенным уровнем КФК характерен более молодой воз-

раст — 56,00 [49,00; 62,00] лет, по сравнению с подгруппой с нормальным уровнем КФК — 61,00 [54,00; 67,00] ($U, p = 0,0005$) и более ранний возраст установления диагноза — 58,00 [50,50; 63,00] лет и 62,00 [55,00; 68,00], соответственно ($U, p = 0,0009$).

Длительность течения заболевания была значительно больше в подгруппе с повышенным уровнем КФК — 12,40 [7,63; 21,10] мес., чем в другой подгруппе 9,50 [5,47; 16,50] мес. ($U, p = 0,0127$). Определен более высокий уровень глюкозы — до 5,30 [4,91; 5,80] ммоль/л и повышение активности сердечной фракции КФК-МВ до 20,30 [15,70; 25,00] Ед/л, ($U, p = 0,0014$) в подгруппе с повышенным уровнем КФК, последнее обусловлено повышением общего уровня фермента. Данный результат показан и при проведении корреляционного анализа — выявлена прямая средняя взаимосвязь между уровнем общей КФК и КФК-МВ ($r = 0,5, p = 0,0001$).

Таблица 1. Клинико-лабораторные показатели пациентов основной группы (Median [Q1; Q3])

Параметры	Нормальный уровень КФК, $n = 93$	Повышенный уровень КФК, $n = 156$	$U, p\text{-value}$
Индекс массы тела (ИМТ), кг/м ²	25,89 [23,88; 28,44]	25,35 [23,59; 28,15]	0,2720
ALSFRS, баллы	41,00 [37,00; 43,00]	42,00 [38,00; 44,00]	0,2150
Возраст начала заболевания, годы	61,00 [54,00; 67,00]	56,00 [49,00; 62,00]	0,0005
Возраст на момент включения в исследование, годы	62,00 [55,00; 68,00]	58,00 [50,50; 63,00]	0,0009
Длительность, мес.	9,50 [5,47; 16,50]	12,40 [7,63; 21,10]	0,0127
КФК, Ед/л	95,00 [71,30; 118,00]	302,10 [199,6; 5; 425,65]	0,0000
КФК-МВ, Ед/л	12,60 [11,30; 16,10]	20,30 [15,70; 25,00]	0,0014
Холестерин, ммоль/л	6,08 [5,10; 6,67]	6,00 [5,06; 6,80]	0,7095
Креатинин, мкмоль/л	79,00 [64,00; 87,00]	76,85 [66,00; 92,00]	0,6847

При проведении анализа групп с повышенным уровнем КФК в зависимости от пола были установлены следующие особенности (табл. 2). Среди 128 мужчин с БАС — 92 (71,86 %) пациента имели активность КФК выше нормы.

Было установлено, что мужчины с повышенным уровнем КФК (более 170 Ед/л) заболевали в более молодом возрасте ($U, p = 0,0094$) и на момент включения в исследование, соответственно, были моложе — 24,91 [23,36; 27,47] лет по сравнению с подгруппой

пациентов с нормальным уровнем КФК — 25,87 [23,99; 28,34] лет ($U, p = 0,0138$). Также при повышении активности КФК отмечено значимо более высокое содержание сердечной фракции КФК-МВ ($U, p = 0,0028$), что может быть обусловлено подъемом общей КФК в целом.

Корреляционный анализ среди мужчин с БАС выявил значительную прямую взаимосвязь между КФК и КФК-МВ, аналогичную по всей группе пациентов с БАС ($r = 0,62, p = 0,0001$).

Таблица 2. Клинико-лабораторные показатели мужчин с БАС (Median [Q1; Q3])

Параметры	Нормальный уровень КФК, $n = 36$	Повышенный уровень КФК, $n = 92$	$U, p\text{-value}$
ИМТ, кг/м ²	25,87 [23,99; 28,34]	24,91 [23,36; 27,47]	0,0867
ALSFRS, баллы	41,00 [38,00; 43,00]	42,00 [39,00; 44,00]	0,1462
Возраст начала заболевания, годы	62,00 [53,50; 71,00]	56,00 [48,50; 63,50]	0,0094
Возраст на момент включения в исследование, годы	62,00 [55,50; 71,50]	57,00 [50,00; 64,00]	0,0138
Длительность, мес.	8,92 [5,83; 16,38]	12,40 [6,50; 21,70]	0,2077
КФК, Ед/л	97,10 [80,85; 117,40]	312,25 [224,25; 546,80]	0,0000
КФК-МВ, Ед/л	12,10 [11,30; 12,50]	19,70 [15,70; 25,00]	0,0028
Холестерин, ммоль/л	5,13 [4,06; 6,22]	5,88 [4,90; 6,40]	0,0889
Креатинин, мкмоль/л	83,50 [75,00; 95,00]	86,00 [73,00; 95,00]	0,9837

Среди женщин повышение КФК определено у 64 (52,89 %) пациенток с БДН. Установлены аналогичные мужчинам и в группе с повышенным КФК в целом закономерности по возрасту — определен более молодой возраст как начала заболевания: 57,00 [50,50; 60,00] лет, по сравнению с подгруппой с нормальным уровнем КФК — 60,00 [54,00; 66,00] лет ($U, p = 0,0150$), так и возраста на момент установления диагноза — 58,50 [52,00;

62,00] лет и 62,00 [55,00; 67,00] лет, соответственно, ($U, p = 0,0213$). Длительность БДН была больше в группе с повышенным уровнем КФК и составила 12,47 [8,60; 21,00] мес. против 10,53 [5,40; 17,07] мес. в подгруппе пациентов с нормальным уровнем КФК ($U, p = 0,0249$), что отражает большее вовлечение мышечной ткани вследствие развивающегося нейродегенеративного процесса (табл. 3).

Таблица 3. Клинико-лабораторные показатели женщин с БАС (Median [Q1; Q3])

Параметры	Нормальный уровень КФК, $n = 57$	Повышенный уровень КФК, $n = 64$	$U, p\text{-value}$
ИМТ, кг/м ²	25,89 [23,88; 28,91]	26,12 [24,34; 29,07]	0,6271
ALSFRS, баллы	40,00 [37,00; 43,00]	41,00 [37,00; 44,00]	0,9638
Возраст начала заболевания, годы	60,00 [54,00; 66,00]	57,00 [50,50; 60,00]	0,0150
Возраст на момент включения в исследование, годы	62,00 [55,00; 67,00]	58,50 [52,00; 62,00]	0,0213
Длительность, мес.	10,53 [5,40; 17,07]	12,47 [8,60; 21,00]	0,0249
КФК, Ед/л	90,70 [68,50; 118,00]	269,50 [175,90; 391,00]	0,0000
КФК-МВ, Ед/л	12,70 [12,00; 21,00]	20,31 [15,60; 24,50]	0,0944
Холестерин, ммоль/л	6,28 [5,54; 6,83]	6,25 [5,57; 7,06]	0,8850
Креатинин, мкмоль/л	73,70 [62,00; 82,20]	69,30 [60,90; 78,00]	0,3942

Было проведено распределение пациентов основной группы с повышенным уровнем КФК в зависимости от дебюта БАС (рис. 2).

Наибольшее количество пациентов с повышенным уровнем КФК наблюдалось при пояснично-крестцовой — 51 (73,91 %) и шейно-грудной форме — 67 (66,34 %), что обусловлено вовлечением в патологический процесс скелетной мускулатуры конечностей и соответственно потерей большего количества мышечной массы ($\chi^2, p < 0,0001$).

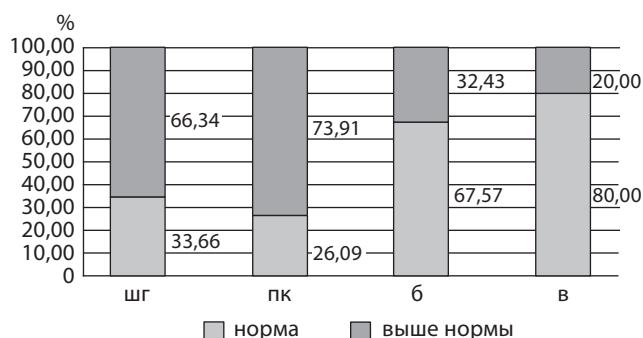


Рис. 2. Распределение пациентов основной группы с повышенным КФК в зависимости от дебюта БАС

Таким образом, показано, что для пациентов с повышенным уровнем активности КФК характерен более молодой возраст начала болезни и возраст установления диагноза, более длительное течение заболевания и повышение сердечной фракции КФК-МВ. Аналогичные закономерности подтверждены отдельно для мужчин и для женщин. Повышение КФК было характерно для форм со спинальным дебютом: пояснично-крестцовым и шейно-грудным.

При анализе активности КФК, концентраций холестерина и креатинина в крови в основной и контрольной группах с учетом пола установлен ряд различий (табл. 4 и 5).

Таблица 4. Биохимические показатели пациентов основной группы (Median [Q1; Q3])

Показатели	Мужчины	Женщины	$U, p\text{-value}$
КФК, Ед/л	246,00 [129,70; 400,50]	150,00 [94,10; 272,00]	0,000
Холестерин, ммоль/л	5,70 [4,89; 6,30]	6,12 [5,24; 6,82]	0,001
Креатинин, мкмоль/л	86,00 [75,00; 96,00]	71,00 [62,00; 83,00]	0,000

В основной группе статистически значимо выше определен уровень КФК у мужчин с БАС (246,00 [129,70; 400,50] Ед/л), чем у женщин (150,00 [94,10; 272,00] Ед/л), что обусловлено физиологически большей мышечной массой у мужчин ($U, p = 0,000$). Зарегистрирован более низкий уровень холестерина у мужчин — 5,70 [4,89; 6,30] ммоль/л, чем у женщин — 6,12 [5,24; 6,82] ммоль/л, у которых показатель превышал референтные значения (до 5,2 ммоль/л) ($U, p = 0,001$). При анализе распределения пациентов с повышенным уровнем холестерина в основной группе количество женщин — 149 чел. (78,42 %) — значимо превышало количество мужчин — 105 чел. (60 %) (Fisher's exact test, $p = 0,00016$). Выявлено повышение концентрации креатинина у мужчин, что также отражает более высокий физиологический уровень данного показателя у мужчин ($U, p = 0,000$).

Таблица 5. Биохимические показатели пациентов контрольной группы (Median [Q1; Q3])

Показатели	Мужчины	Женщины	$U, p\text{-value}$
КФК, Ед/л	85,35 [51,00; 97,50]	69,90 [55,00; 95,00]	0,471
Холестерин, ммоль/л	5,45 [4,69; 6,06]	5,70 [5,20; 6,00]	0,242
Креатинин, мкмоль/л	80,50 [78,00; 87,50]	72,00 [62,00; 77,00]	0,000

При сравнении биохимических показателей между мужчинами и женщинами в контрольной группе значимых различий, кроме повышения уровня креатинина у мужчин ($U, p = 0,000$), выявлено не было. Полученные результаты не выходили за рамки референтных значений: норма креатинина в крови: женщины — 53—97 мкмоль/л, мужчины — 62—115 мкмоль/л, полученные различия могут соответствовать физиологической норме.

При проведении биохимического исследования через 6 месяцев (табл. 6) определялось повышение

значений активности КФК и концентрации креатинина у мужчин основной группы по сравнению с женщинами.

У пациентов основной группы сохранялись повышение активности КФК и креатинина у мужчин (313,00 [193,50; 512,25] Ед/л и 82,00 [70,00; 93,30] мкмоль/л, соответственно) по сравнению с женщинами (188,80 [77,61; 317,00] Ед/л и 68,00 [58,70; 77,00] мкмоль/л, соответственно), что может отражать большую тяжесть заболевания с более значительным вовлечением в патологический процесс мышечной ткани у мужчин.

Таблица 6. Биохимические показатели пациентов основной группы в динамике

Параметры	Мужчины с БАС			Женщины с БАС			p-value
	Me	Q1	Q3	Me	Q1	Q3	
КФК, Ед/л	313,00	193,50	512,25	188,80	77,61	317,00	0,008
Холестерин дин, ммоль/л	5,55	4,80	6,20	6,02	4,80	6,70	0,191
Креатинин дин, мкмоль/л	82,00	70,00	93,30	68,00	58,70	77,00	0,000

При сравнении биохимических показателей мужчин основной и контрольной групп выявлено 3-кратное повышение уровня КФК у мужчин с БАС — 246,00 [129,70; 400,50] Ед/л, по сравнению с контролем — 85,35 [51,00; 97,50] Ед/л ($U, p = 0,000$) (табл. 7).

Таблица 7. Биохимические показатели мужчин основной и контрольной групп (Median [Q1; Q3])

Показатели	БАС	Контроль	p-value
КФК, Ед/л	246,00 [129,70; 400,50]	85,35 [51,00; 97,50]	0,000
Холестерин, ммоль/л	5,7 [4,89; 6,3]	5,45 [4,69; 6,06]	0,294
Креатинин, мкмоль/л	86,00 [75,00; 96,00]	80,50 [78,00; 87,50]	0,347

У женщин также выявлено значимое повышение уровня КФК при БАС — 150,00 [94,10; 272,00] Ед/л, чем в контроле — 69,90 [55,00; 95,00] Ед/л ($U, p = 0,000$) (табл. 8).

Установленные различия изученных биохимических показателей по полу между группами отражают закономерности, выявленные при анализе в целом — значимое

повышение активности КФК у мужчин и женщин и значимое повышение уровня креатинина у мужчин с БАС, сохраняющиеся в динамике, что отражает прогрессирование нейродегенеративного процесса и более тяжелое его течение у мужчин с БАС.

Таблица 8. Биохимические показатели женщин основной и контрольной групп (Median [Q1; Q3])

Показатели	БАС	Контроль	p-value
КФК, Ед/л	150,00 [94,10; 272,00]	69,90 [55,00; 95,00]	0,000
Холестерин, ммоль/л	6,12 [5,24; 6,82]	5,70 [5,20; 6,00]	0,107
Креатинин, мкмоль/л	71,00 [62,00; 83,00]	72,00 [62,00; 77,00]	0,630

При проведении сравнения показателей биохимического исследования в зависимости от дебюта БАС (табл. 9) были обнаружены статистически значимые различия в уровнях исходной КФК и возрасте пациентов (Kruskal-Wallis test: $H(3, N = 249) = 41,88780, p = 0,00000$).

Таблица 9. Биохимические показатели пациентов с разными дебютами болезни двигательного нейрона

Параметры	Дебют заболевания			
	бульбарный	верхний	шейно-грудной	пояснично-крестцовый
Возраст, лет	62,00 [55,00; 68]*	57,50 [54,00; 63,00]	59,00 [52,00; 65,00] *	58,00 [50,00; 64,00] *
Длительность, мес.	10,27 [5,47; 16,93] *	8,30 [5,60; 11,43]	11,23 [7,43; 19,17] *	12,13 [7,50; 21,70] *
КФК, Ед/л	118,75 [87,00; 212,00]*	95,40 [84,30; 132,40]	200,70 [130,90; 350,00]*	319,00 [164,20; 514,40]*
Холестерин, ммоль/л	6,19 [5,09; 6,72]	5,80 [5,40; 6,48]	5,74 [5,00; 6,30]	5,92 [4,94; 6,80]
Креатинин, мкмоль/л	77,30 [65,00; 88,00]	80,00 [76,00; 96,00]	79,00 [67,50; 95,00]	77,85 [64,40; 87,50]

Примечание: * — различия достоверны $p < 0,05$

Установлено, что пациенты с бульбарным дебютом были значимо старше пациентов с шейно-грудным ($U, p = 0,0020$) и пояснично-крестцовым ($U, p = 0,0008$) началом заболевания.

Длительность заболевания с бульбарной формой на момент включения имела тенденцию к меньшей дли-

тельности БДН, чем при шейно-грудном ($U, p = 0,0476$) и пояснично-крестцовом ($U, p = 0,0104$) дебютах, что связано с более быстрым установлением диагноза из-за выраженности клинической картины.

Получены различия по уровню КФК, который был значимо выше при пояснично-крестцовом дебюте

по сравнению с шейно-грудным ($U, p = 0,0096$), бульбарным ($U, p = 0,0000$), высоким ($U, p = 0,0051$), а при шейно-грудном был выше, чем при бульбарном ($U, p = 0,000$), что обусловлено вовлеченностью большего объема мышечной ткани в патологический процесс при спинальных дебютах БДН.

Получены различия по уровню активности КФК в крови, которая была значимо выше у пациентов с пояснично-крестцовым дебютом по сравнению с пациентами с шейно-грудным ($U, p = 0,0096$), бульбарным ($U, p = 0,0000$), высоким ($U, p = 0,0051$) дебютом заболевания, а в группе пациентов с шейно-грудной формой активности КФК была выше, чем в группе с бульбарной формой ($U, p = 0,000$), что обусловлено вовлеченностью большего объема мышечной ткани при спинальных дебютах БДН.

Проведением корреляционного анализа установлено при бульбарном дебюте средняя обратная взаимосвязь между возрастом начала заболевания и уровнем активности КФК ($r = -0,33, p = 0,0036$), то есть чем моложе пациент с бульбарным дебютом, тем выше активность КФК в крови.

При пояснично-крестцовой форме установлены прямые взаимосвязи: средняя — между оценкой функциональной шкалой тяжести ALSFRS и активностью КФК ($r = 0,36, p = 0,0024$); значительная — КФК и КФК-МВ ($r = 0,58, p = 0,0116$). Более высокий балл по шкале ALSFRS (более сохраненные функции пациента) ассоциируется с более высоким уровнем КФК, что отражает системность поражения при бульбарном дебюте, и вовлечение других уровней цереброспинальной оси в нейродегенеративный процесс со вторичным вовлечением скелетной мускулатуры, даже на субклиническом уровне. Аналогичная средняя взаимосвязь определена между КФК и КФК-МВ ($r = 0,50, p = 0,0163$) при шейно-грудном дебюте болезни. Выявлено, что пациенты с бульбарным дебютом были значимо старше и длительность БДН у них была меньше, чем при других формах. Наибольшая активность КФК в крови отмечена у пациентов при пояснично-крестцовом дебюте заболевания.

С целью определения диагностической значимости активности КФК в крови у пациентов с БАС были рассчитаны чувствительность и специфичность определения КФК у всех пациентов с БАС, отдельно у мужчин и женщин, а также в зависимости от формы заболевания. В качестве порогового значения выбрали максимальное референтное значение активности КФК у практически здоровых мужчин, равное 170 Ед/л.

В нашем исследовании при БАС диагностическая чувствительность и специфичность КФК достигает 63 % и 100 % соответственно, то есть этот тест не имел достаточной лабораторно-диагностической чувствительности (менее 70 %).

При подсчете чувствительности и специфичности отдельно у мужчин и женщин, а также при разных формах заболевания (бульбарной, шейно-грудной и пояснично-крестцовой) получены наиболее высокие диагностические чувствительность и специфичность КФК у мужчин с БАС (72 % и 100 % соответственно), а также при пояснично-крестцовой форме заболевания, где чувствительность и специфичность вышеуказанного теста составили 80 % и 100 %, что указывает на высокую вероятность изменения активности КФК (ее увеличения) при наличии БАС у мужчин, а также у пациентов обоего пола с пояснично-крестцовой формой заболевания.

Следовательно, активность КФК у мужчин с БАС и у пациентов обоего пола с пояснично-крестцовой формой БАС является высокоспецифичным и высокочувствительным тестом.

Существуют различные гипотезы причин повышения активности КФК в крови. Rafiq M. с соавт. (2016) придерживаются мнения о ключевых нарушениях энергетического метаболизма в мышечной ткани, приводящих к увеличению активности эндогенного АТФ в митохондриях, что ведет к неконтролируемой экспрессии КФК для обеспечения энергетического субстрата [12]. В то время как другие авторы связывают значительное повышение КФК с увеличением проницаемости мембраны миоцитов вследствие денервации мышц у пациентов с БАС [4].

Ряд исследований, так же как и данные, полученные нами, указывают на более высокую активность КФК у мужчин по сравнению с женщинами [12, 14]. При проведении анализа активности КФК с учетом данных биоэлектрической импедансной спектроскопии мышечной массы выявили различия в активности КФК между мужчинами и женщинами, обусловленные гендерными различиями мышечной массы [7].

Положительная корреляция между активностью КФК и концентрацией креатинина, выявленная нами, описана и в других работах [14], что может быть обусловлено большей мышечной массой у мужчин чем у женщин.

Подобное объяснение возможно и для более высокой активности КФК при формах со спинальным началом по сравнению с бульбарным дебютом, что отражено в нашем исследовании, а также в данных других авторов [14].

В работе японских авторов показано, что повышение КФК в крови у пациентов с БАС предшествует изменениям мышечной массы по данным рентгеновской абсорбтиометрии (Dual-energy X-ray absorptiometry) [9].

Следовательно, большинство приведенных работ подтверждают роль повышения активности КФК в дегенеративном процессе мышечной ткани при БДН, в частности при БАС. В некоторых случаях изменение данного биохимического показателя в крови предшествовало началу снижения мышечной массы у пациентов. В ряде исследований выделены особенности изменений активности КФК, связанные с половым различием, формой заболевания и длительностью его течения. Исследование активности КФК при БАС может являться доступным биомаркером БДН и, возможно, способствовать более ранней диагностике данного заболевания.

Таким образом, в ходе анализа данных проведенного биохимического исследования выявлено статистически значимое повышение активности КФК в группе пациентов с БДН, как у мужчин, так и у женщин, наиболее значимое при пояснично-крестцовом дебюте заболевания. Данные изменения обусловлены наличием быстро прогрессирующего нейродегенеративного процесса с развитием парезов и параличей и, соответственно, вовлечением мышечной ткани.

Установлено, что для пациентов с повышенным уровнем КФК характерен более молодой возраст начала болезни и возраст установления диагноза, более длительное течение заболевания и повышение сердечной фракции КФК-МВ.

Выявлено, что пациенты с бульбарным дебютом заболевания были значимо старше, и длительность БДН у них была меньше, чем при других формах.

Показатель активности КФК в крови у мужчин с БАС и пациентов с пояснично-крестцовой формой БАС может использоваться в качестве дополнительного критерия диагностики патологического процесса в скелетной мускулатуре конечностей и для оценки степени его тяжести при БАС. Установлена высокая диагностическая чувствительность и специфичность КФК у мужчин с БАС, которая составила 72 % и 100 % соответственно, при пояснично-крестцовой форме заболевания существенно повышается чувствительность до 80 % при специфичности 100 %.

Список литературы

1. Болдырев А. А. Окислительный стресс и мозг // Соросовский образовательный журнал. 2001. Т. 7, № 4. С. 221—281.
2. Евтушенко С. К., Морозова Т. М., Шестова Е. П., Евтушенко О. С. Синдром мышечной гипотонии у новорожденных и детей раннего возраста. Донецк, 2008. 240 с.
3. Завалишин И. А. Боковой амиотрофический склероз. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. 272 с.
4. Achari A., Anderson M. Myopathic changes in ALS. Pathologic analysis of muscle biopsy changes in 111 cases // Neurology. 1974. 24(5): 6477—6481. doi:10.1212/WNL.24.5.477.
5. Amato A. A., Griggs R. C. Overview of the muscular // Handb. Clin. Neurol. 2011. 101: 1—9. doi: 10.1016/B978-0-08-045031-5.00001-3.
6. El Escorial revisited: Revised criteria for the diagnosis of amyotrophic lateral sclerosis / Brooks B. R., Miller R. G., Swash M. & Munsat Th. L., for the World Federation of Neurology Research Group on Motor Neuron Diseases // Amyotrophic Lateral Sclerosis and Other Motor Neuron Disorders. 2000. Vol. 1. Issue 5. P. 293—299. doi: 10.1080/146608200300079536.
7. Relationship of creatine kinase to body composition, disease state and longevity in ALS / Gibson S., Kasarskis E., Hu N. [et al.] // Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener. 2015. 16 (7—8): 473—477. doi: 10.3109/21678421.2015.1062516.
8. Gordon P. H. Amyotrophic Lateral Sclerosis: An update for 2013 Clinical Features, Pathophysiology, Management and Therapeutic Trials // Aging and Disease. 2013. 04(05): 295—310. doi.org/10.14336/ad.2013.0400295.
9. Estimation of skeletal muscle mass, serum creatinine and creatine kinase at the onset of Amyotrophic Lateral Sclerosis / D. Ito, A. Hashizume, Y. Hijikata, [et al.] // Journal of the Neurological Sciences. 2017. Vol. 381, Supplement, P. 212. Abstract 071- WCN-Kioto 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jns.2017.08.606>.
10. Incidence of amyotrophic lateral sclerosis in Europe / Logroscino G., Traynor B. J., Hardiman O., [et al.] // J Neurol Neurosurg. Psychiatry. 2010. 81: 385—390. doi: 10.1136/jnnp.2009.183525.
11. Can Awaji ALS criteria provide earlier diagnosis than the revised El Escorial criteria? / Okita T., Nodera H., Shibuta Y., [et al.] // J Neurol Sci. 2011; 302 (1—2): 29—32. doi: 10.1016/j.jns.2010.12.007.
12. Creatine kinase enzyme level correlates positively with serum creatine and lean body mass, and is a prognostic factor for survival in ALS / Rafiq M., Lee E. Bradburn M., [et al.] // Eur J. Neurol. 2016. 23(6): 1078—1078. doi: 10.1111/ene.12995.
13. Reynolds A., Laurie C., Mosley R. L., Gendelman H. E. Oxidative stress and the pathogenesis of neurodegenerative disorders // International Review of Neurobiology. 2007; 82: 297—325. doi: 10.1016/S0074-7742(07)82016-2.
14. Correlation of Creatine Kinase Levels with Clinical features and survival in Amyotrophic Lateral Sclerosis / Tai H., Cui L., Guan Y., [et al.] // Front. Neurol. 2017. 8: 322. doi: 10.3389/fneur.2017.00322.

Надійшла до редакції 11.10.2017 р.

РУШКЕВИЧ Юлія Николаевна, кандидат медичинських наук, доцент, ведучий научний співробітник неврологічного відділу Государственного учреждения «Республиканский научно-практический центр неврологии и нейрохирургии» Министерства здравоохранения Республики Беларусь (ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ), г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: Rushkevich@tut.by

ПАШКОВСКАЯ Ирина Дмитриевна, кандидат биологических наук, ведучий научний співробітник лабораторії клінічної патофізіології нервної системи, ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ, г. Минск, Республика Беларусь; e-mail: irenapass@mail.ru

ЛИХАЧЕВ Сергей Алексеевич, доктор медичинських наук, професор, завідувач неврологічним відділом ГУ «РНПЦ неврологии и нейрохирургии» МЗ, г. Минск, Республика Беларусь

RUSHKEVICH Iuliia, MD, PhD, Associate Professor, Leading Researcher of the Neurology Department of the State Institution "Republican Scientific and Practical Center of Neurology and Neurosurgery" of the Ministry of Health of Belarus Republic, Minsk, Belarus; e-mail: Rushkevich@tut.by

PASHKOUSKAYA Irina, PhD in Biological Sciences, Leading Researcher of Laboratory of clinical pathophysiology of the nervous system of the "Republican Scientific and Practical Center of Neurology and Neurosurgery" SI, Minsk, Belarus; e-mail: irenapass@mail.ru

LIKCHACHEV Sergey, Doctor of Medical Sciences, Head of the Neurology Department of the "Republican Scientific and Practical Center of Neurology and Neurosurgery" SI, Minsk, Belarus

УДК 616.314-89.5-031.84

О. И. Осокина, А. А. Удод, Б. Б. Ивнев, С. В. Селезнёва, Г. Г. Путятин, С. Г. Ушенін
ВОЗМОЖНОСТИ БИОСУГГЕСТИВНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ КОРРЕКЦИИ БОЛЕВОГО СИНДРОМА
В ПСИХОНЕВРОЛОГИИ И СТОМАТОЛОГИИ

О. І. Осокіна, О. А. Удод, Б. Б. Івнєв, С. В. Селезнєва, Г. Г. Путятін, С. Г. Ушенін
Можливості біосуггестивної терапії в корекції больового синдрому у психоневрології і стоматології
Possibilities of biosuggestive therapy in the correction of pain syndrome in psychoneurology and dentistry

Статья посвящена изучению структуры болевого синдрома и эффективности использования метода биосуггестивной терапии для его коррекции у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей. Изучение болевого синдрома проводилось при помощи Мак-Гилловского опросника боли (MPQ) у 148 респондентов, испытывающих боль, среди которых было 72 пациента психоневрологического профиля и 76 пациентов стоматологического профиля. Авторами исследована в динамике интенсивность боли, ее сенсорный и эмоциональный компоненты. У пациентов основной группы, в отличие от группы контроля, отмечалось значительное уменьшение болевого синдрома через два часа после проведенной биосуггестивной терапии по всем показателям методики MPQ ($p < 0,05$). Наиболее выраженными эти изменения были у пациентов психоневрологического профиля по аффективной шкале за счет снижения уровня тревоги и раздражительности. Исследование доказало эффективность использования метода биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов как психоневрологического, так и стоматологического профилей. Максимальные изменения наблюдались в эмоциональной составляющей болевого синдрома, изменение которой автоматически влекло за собой трансформацию сенсорно-чувствительного и субъективного компонентов боли.

Ключевые слова: болевой синдром, Мак-Гилловский опросник боли, биосуггестивная терапия, пациенты психоневрологического и стоматологического профилей

Статтю присвячено вивченню структури больового синдрому та ефективності використання методу біосуггестивної терапії для його корекції у хворих психоневрологічного та стоматологічного профілів. Вивчення больового синдрому проводили за допомогою Мак-Гіллового опитувальника болю (MPQ) у 148 респондентів, що страждали на біль, серед яких було 72 пацієнти психоневрологічного профілю та 76 пацієнтів стоматологічного профілю. Автори вивчали в динаміці інтенсивність болю, її сенсорний та емоційний компоненти. У пацієнтів основної групи, на відміну від контрольної групи, зазначено значне зменшення больового синдрому через дві години після проведеної біосуггестивної терапії за всіма показниками MPQ ($p < 0,05$). Найбільш вираженими ці зміни були у пацієнтів психоневрологічного профілю за афективною шкалою внаслідок зниження рівня тривоги та роздратованості. Дослідження довело ефективність використання методу біосуггестивної терапії в зменшенні проявів больового синдрому у пацієнтів як психоневрологічного, так і стоматологічного профілів. Максимальні зміни спостерігалися в емоційному складнику больового синдрому, зміна якого автоматично спричиняла трансформацію сенсорно-чутливого і суб'єктивного компонентів болю.

Ключові слова: больовий синдром, Мак-Гілловський опитувальник болю, біосуггестивна терапія, пацієнти психоневрологічного та стоматологічного профілів

The article is devoted to the study of the structure of pain syndrome and the effectiveness of biosuggestive therapy for its correction at patients with psychoneurological and dental problems. The pain syndrome was studied using the McGill's Pain Questionnaire (MPQ) among 148 respondents suffering from pain. Among them there were 72 patients with psychoneurological problems and 76 patients with dental problems. The authors studied the dynamics of pain intensity, and its sensory and emotional components. Patients of the main group, in contrast to the control group, noted a significant pain reduction according to the MPQ ($p < 0.05$) two hours after the biosuggestive therapy. These changes were most pronounced in patients with psychoneurological problems on the affective scale due to a decrease in the level of anxiety and irritability. The effectiveness of biosuggestive therapy in reducing the severity of pain syndrome in patients with both psychoneurological and dental problems was proved. The maximum changes were observed in the emotional component of the pain syndrome. These changes automatically led to the transformation of the sensory and subjective components of pain.

Keywords: pain syndrome, McGill Pain Questionnaire, biosuggestive therapy, patients with psychoneurological and dental problems

В соответствии с определением Международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. В отличие от других сенсорных модальностей боль всегда субъективно неприятна и служит сигналом повреждения или болезни.

Выделяют два основных типа боли: ноцицептивную и нейропатическую. Их различия обусловлены источниками. *Ноцицептивная боль* является следствием активации рецепторов периферической нервной системы болевыми стимулами вследствие повреждения ткани. *Нейропатическая боль* является следствием повреждения или дисфункции центральной нервной

системы или периферических нервов. Нейрофизиологическое понятие ноцицепции обозначает совокупность процессов восприятия, передачи и центральной обработки сигналов о вредоносных процессах или воздействиях. Под ноцицепцией понимается исключительно физиологическая составляющая боли, не включающая субъективно-эмоциональную составляющую. Проведение болевых сигналов в ноцицептивной системе не эквивалентно ощущаемой боли. В то же время субъективное переживание боли может возникать без внешних стимулов и, соответственно, ноцицепции.

Болевые рецепторы или ноцицепторы представляют собой свободные нервные окончания, расположенные в коже, слизистых оболочках, мышцах, суставах, надкостнице и во внутренних органах. Чувствительные окончания принадлежат либо безмякотным, либо тонким миелинизированным волокнам, что определяет скорость проведения сигналов в центральной нервной

системе и дает повод к различению ранней боли, короткой и острой, возникающей при проведении импульсов с большей скоростью по миелиновым волокнам, а также поздней, тупой и длительной боли, в случае проведения сигналов по безмякотным волокнам. Ноцицепторы относятся к полимодальным рецепторам, поскольку могут активироваться стимулами разной природы: механическими (удар, порез, укол, щипок), термическими (действие горячих или холодных предметов), химическими (изменение концентрации ионов водорода, действие гистамина, брадикинина и ряда других биологически активных веществ). Порог чувствительности ноцицепторов высок, поэтому лишь достаточно сильные стимулы вызывают возбуждение первичных сенсорных нейронов.

Центральные отростки первичных сенсорных нейронов входят в спинной мозг в составе задних корешков и образуют синапсы с нейронами второго порядка, расположенными в задних рогах спинного мозга. Аксоны нейронов второго порядка переходят на противоположную сторону спинного мозга, где образуют спиноталамический и спиноретикулярный тракты. Спиноталамический тракт оканчивается на нейронах нижнего заднелатерального ядра таламуса, где происходит конвергенция проводящих путей болевой и тактильной чувствительности. Нейроны таламуса образуют проекцию на соматосенсорную кору: этот путь обеспечивает осознаваемое восприятие боли, позволяет определять интенсивность стимула и его локализацию. Волокна спиноретикулярного тракта оканчиваются на нейронах ретикулярной формации, взаимодействующих с медиальными ядрами таламуса. При болевом раздражении нейроны медиальных ядер таламуса оказывают модулирующее влияние на обширные регионы коры и структуры лимбической системы, что приводит к повышению поведенческой активности человека и сопровождается эмоциональными и вегетативными реакциями. Если спиноталамический путь служит для определения сенсорных качеств боли, то спиноретикулярный путь предназначен играть роль сигнала общей тревоги, оказывать на человека общее возбуждающее действие.

Субъективную оценку боли определяет соотношение нейронной активности обоих путей и зависимость от нее активация антиноцицептивных нисходящих путей, способных изменить характер проведения сигналов от ноцицепторов. В сенсорную систему болевой чувствительности встроен эндогенный механизм ее уменьшения путем регуляции порога синаптических переключений в задних рогах спинного мозга («ворота боли»). На передачу возбуждения в этих синапсах влияют нисходящие волокна нейронов серого вещества вокруг водопровода, голубого пятна и некоторых ядер срединного шва. Медиаторы этих нейронов (энкефалин, серотонин, норадреналин) тормозят активность нейронов второго порядка в задних рогах спинного мозга, чем уменьшают проведение афферентных сигналов от ноцицепторов. Анальгезирующим (обезболивающим) действием обладают опиатные пептиды (дайнорфин, эндорфины), синтезируемые нейронами гипоталамуса, которые имеют длинные отростки, проникающие в другие отделы головного мозга. Опиатные пептиды присоединяются к специфическим рецепторам нейронов лимбической системы и медиальной области таламуса, их образование увеличивается при некоторых эмоциональных состояниях, стрессе, продолжительных физических нагрузках, у беременных женщин незадолго перед

родами, а также в результате психотерапевтического воздействия или акупунктуры. В результате повышенного образования опиатных пептидов активируются антиноцицептивные механизмы, и повышается порог болевой чувствительности.

Нейропатическая боль — это вид боли, который, в отличие от обычной боли, возникает в результате патологического возбуждения нейронов в периферической или центральной нервной системе, отвечающих за реакцию на физическое повреждение организма (обычную боль) [1]. Нейропатическая боль центрального генеза наблюдается при повреждениях спинного мозга, рассеянном склерозе, иногда при инсультах. Периферическая нейропатия наблюдается при диабете (диабетическая полинейропатия), герпесвирусной инфекции, ВИЧ-ассоциированной нейропатии, паранеопластическом синдроме и др. По некоторым данным, нейропатическая боль поражает 7—8 % населения Европы [2]. Одним из видов нейропатической боли является денталгия. Зубная боль, или денталгия — боль, которая возникает в зубе или тканях, непосредственно окружающих его, обычно — в результате распада или заболеваний пульпы зуба, а также может быть связана с проблемами десен, челюсти или травмой в связи с механическим повреждением зубов и т. п. [3].

Не следует забывать о *психогенной боли*, которую диагностируют в отсутствие органического заболевания или в том случае, когда последнее не может объяснить характер и выраженность болевого синдрома. Психогенная боль всегда имеет хронический характер и возникает на фоне психических расстройств: депрессии, тревоги, ипохондрии, истерии, фобии, психосоматических расстройств. У значительной части больных важную роль играют психосоциальные факторы (неудовлетворенность работой, семьей, социальным статусом, стремление получить моральную или материальную выгоду и т. д.). Особенно тесные связи существуют между хронической психогенной болью и депрессией.

Боль является сложным, многомерным чувством, в котором одновременно отражена интенсивность боли, ее сенсорная и эмоциональная составляющие, поэтому психодиагностику болевого синдрома необходимо проводить с использованием многомерных рейтинговых шкал, оценивающих количественные и качественные особенности боли.

Если болевые раздражения длятся долго, и если человек становится не в состоянии преодолеть или контролировать боль, она постепенно «покоряет» его сознание, «заполняет» все его существование, направляет его мысли, нарушает сон, дезорганизует функции его организма. Когда боль становится хронической, психика больного претерпевает глубокие изменения. Часто возникают состояния, близкие к психическим расстройствам, напоминающим маниакальные, депрессивные и даже шизофренические [4].

Целью настоящего исследования является изучение возможностей метода биосуггестивной терапии при коррекции острой и хронической боли различной этиологии и локализации в психоневрологической и стоматологической практике.

Выборка исследуемых лиц включала 148 респондентов, среди которых были пациенты психоневрологического профиля — 72 пациента: 24 мужчины (33,3 ± 5,6 %) и 48 женщин (66,7 ± 5,6 %) и стоматологического профиля — 76 человек: 32 мужчины (42,1 ± 5,7 %) и 44 женщины (57,9 ± 5,7 %) в возрасте от 21 до 65 лет, испытывающих

болевым синдром. Всем респондентам было предложено пройти психодиагностическое исследование для определения степени выраженности болевого синдрома при помощи соответствующей стандартизированной шкалы. Исследование проводили дважды в течение одного дня с двухчасовым интервалом. В течение этих двух часов пациенты не использовали никаких медикаментозных обезболивающих препаратов. Пациентам, вошедшим в основную группу (82 респондента, из них 40 ($48,8 \pm 5,5$ %) пациентов психоневрологического профиля, 42 ($51,2 \pm 5,5$ %) пациента стоматологического профиля), после первичного психодиагностического исследования был проведен сеанс биосуггестивной терапии, через два часа после чего было проведено повторное исследование. Испытуемые контрольной группы (66 человек, из них 32 ($48,5 \pm 6,2$ %) пациента психоневрологического профиля, 34 ($51,5 \pm 6,2$ %) пациента стоматологического профиля) приняли решение справляться с болевым синдромом самостоятельно. Они не получали психокоррекционных мероприятий, но тоже были дважды обследованы с двухчасовым интервалом.

Средний возраст испытуемых основной группы составил $39,3 \pm 4,3$ лет, группы контроля — $36,1 \pm 3,9$ лет. В основной группе было 55 ($67,1 \pm 5,2$ %) женщин и 34 ($41,5 \pm 5,4$ %) мужчины, в контрольной группе — 37 ($56,1 \pm 6,1$ %) женщин и 22 ($33,3 \pm 5,8$ %) мужчины. По гендерно-возрастным особенностям группы были репрезентативны. При проведении настоящего исследования были использованы клинический, психодиагностический и статистический методы.

Для характеристик болевого синдрома у пациентов был использован Мак-Гилловский опросник (McGill Pain Questionnaire — MPQ), разработанный в начале 70-х годов XX века R. Melzack [5] и адаптированный

сотрудниками РГМУ, МГУ им. М. В. Ломоносова и ЦИТО им. Н. Н. Приорова (Кузьменко В. В. и др., 1986). Опросник позволяет охарактеризовать в динамике не только интенсивность боли, но и ее сенсорный и эмоциональный компоненты.

В качестве метода психокоррекции болевого синдрома был использован метод биосуггестивной терапии, разработанный А. С. Стражним [6] и адаптированный на кафедре психиатрии, психотерапии, наркологии и медицинской психологии Донецкого национального медицинского университета. Метод основывается на сочетании вербального и невербального внушения в состоянии неглубокого транса. Приставка «био» означает, что используется не только суггестия, а и другие техники (контакт ладони терапевта с телом респондента, индукция, соответствующая постановка голоса и т. д.).

При оценке количественных признаков рассчитывали среднее арифметическое значение показателя ($\bar{x}$) и среднеквадратическую ошибку среднего (m). Для качественных признаков рассчитывали частоту встречаемости признака (%) и стандартную ошибку (m %).

Для проведения множественных сравнений использовали критерий Крускала — Уоллиса и критерий Дана [6]. При сравнении частоты встречаемости качественных признаков использовали критерий хи-квадрат (χ^2). Критический уровень значимости во всех случаях принимали $p = 0,05$.

Пациенты, которые приняли участие в исследовании, испытывали острые или хронические боли различной локализации и являлись пациентами стоматологического, неврологического или психиатрического профилей. Часть из них проходили обследование и лечение в условиях стационара, другие — амбулаторно. Распределение пациентов в зависимости от генеза болевого синдрома представлено в таблице 1.

Таблица 1. Распределение пациентов основной и контрольной групп в зависимости от генеза болевого синдрома

Генез болевого синдрома		Основная группа (n = 82)				Контрольная группа (n = 66)			
		психоневрологический профиль (n = 40)		стоматологический профиль (n = 42)		психоневрологический профиль (n = 32)		стоматологический профиль (n = 34)	
Нейропатическая боль периферического генеза		абс.	% $\pm m$ %	абс.	% $\pm m$ %	абс.	% $\pm m$ %	абс.	% $\pm m$ %
1.	Диабетическая полинейропатия	3	$7,5 \pm 4,2$	—	—	3	$9,4 \pm 5,2$	—	—
2.	Вертеброгенная радикулопатия	9	$22,5 \pm 6,6$	—	—	8	$25,0 \pm 7,7$	—	—
3.	Постгерпетическая нейропатия	2	$5,0 \pm 3,4$	—	—	—	—	—	—
4.	Денталгия	—	—	42	$100,0 \pm 0,0$	—	—	34	$100,0 \pm 0,0$
5.	Дисциркуляторная энцефалопатия	4	$10,0 \pm 4,7$	—	—	6	$18,8 \pm 6,9$	—	—
Нейропатическая боль центрального генеза									
6.	Инсульт	3	$7,5 \pm 4,2$	—	—	4	$12,5 \pm 5,8$	—	—
7.	Рассеянный склероз	1	$2,5 \pm 2,5$	—	—	—	—	—	—
Боль преимущественно психогенного генеза									
8.	Депрессивные расстройства	10	$25,0 \pm 6,8$	—	—	5	$15,6 \pm 6,4$	—	—
9.	Конверсионные расстройства	3	$7,5 \pm 4,2$	—	—	2	$6,3 \pm 4,3$	—	—
10.	Тревожно-фобические, тревожно-ипохондрические расстройства	2	$5,0 \pm 3,4$	—	—	2	$6,3 \pm 4,3$	—	—
11.	Психосоматические расстройства	3	$7,5 \pm 4,2$	—	—	2	$6,3 \pm 4,3$	—	—

Все испытуемые дали согласие на участие в психодиагностическом исследовании. При помощи МРQ мы оценивали характеристики болевого синдрома, которые были представлены в виде трех основных шкал: сенсорной, аффективной и оценочной. Характеристики *сенсорной шкалы* (1—13-й подклассы) характеризовали боль в терминах механического или термического воздействия, изменения пространственных или временных параметров. Пациенты оценивали качество испытываемой боли, выбирая из представленного перечня ответов возможные характеристики болевого синдрома, соотнося их со своими ощущениями. Например, пульсирующая, схватывающая, дергающая, колющая, ноющая, распирающая и т. д. *Аффективная шкала* (14—19 подклассы) отражала эмоциональную сторону боли в терминах напряжения, страха, гнева или вегетативных проявлений. Например, изматывает, раздражает, злит, утомляет, приводит в отчаяние и т. д. *Оценочная шкала* отражала субъективную оценку интенсивности боли пациентом от минимально до максимально вы-

раженной. Из предложенного списка пациент выбирал то, что лучше всего описывало силу головной, зубной, спинальной или другой имеющейся боли: 1) слабая; 2) умеренная; 3) сильная; 4) сильнейшая; 5) невыносимая. При помощи МРQ определяли два показателя, характеризующие болевой синдром: *индекс числа выбранных дескрипторов* (ИД), который представляет собой количество (сумму) выбранных слов, и *ранговый индекс боли* (РИ), который определяется суммой баллов от всех выбранных дескрипторов.

Частота встречаемости качественных характеристик боли по опроснику МРQ у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей представлена в таблице 2.

У пациентов стоматологического профиля преобладали жалобы на боли пульсирующего, дергающего, выкручивающего, вырывающего, разрывающего, распирающего, пронизывающего, долбящего характера, часто боль ощущалась как острая, тупая ноющая или раскалывающая, подобная электрическому разряду или выстрелу.

Таблица 2. Частота встречаемости качественных характеристик боли по опроснику МРQ у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей

Сенсорная шкала (на что похожа боль?)								
Балл	1 подшкала	Частота, число пациентов	2 подшкала	Частота, число пациентов	3 подшкала	Частота, число пациентов	4 подшкала	Частота, число пациентов
1	пульсирующая	59	Боль подобная: электрическому разряду	29	колющая	67	острая	62
2	схватывающая	—	удару тока	55	впивающаяся	—	режущая	12
3	дергающая	46	выстрелу	5	буравящая	22	полосующая	—
4	стегающая	—			сверлящая	28		
5	колотящая	—			пробивающая	—		
6	долбящая	24						
	5 подшкала		6 подшкала		7 подшкала		8 подшкала	
1	давящая	22	тянущая	66	горячая	44	зудящая	46
2	сжимающая	18	выкручивающая	64	жгущая	37	щиплющая	3
3	щемящая	—	вырывающая	21	ошпаривающая	—	разъедающая	—
4	стискивающая	7			палящая	—	жалящая	11
5	раздавливающая	—						
	9 подшкала		10 подшкала		11 подшкала		12 подшкала	
1	тупая	89	распирающая	88	разлитая		царапающая	29
2	ноющая	29	растягивающая	—	распространяющаяся	51	саднящая	—
3	мозжащая	17	раздирающая	—	проникающая		дерущая	—
4	ломающая	6	разрывающая	20	пронизывающая	78	пилящая	33
5	раскалывающая	14					грызущая	—
	13 подшкала							
1	немая	12						
2	сводящая	15						
3	леденящая	8						
Σ	Средний индекс числа выбранных дескрипторов		7,2 ± 2,6 пн		8,4 ± 2,1 ст		p > 0,05	
	Средний ранговый индекс боли, баллы		29,2 ± 3,4 пн		33,7 ± 3,2 ст		p > 0,05	

Продолжение табл. 2

Аффективная шкала (какие чувства вызывает боль, какое воздействие оказывает на психику?)								
Балл	14 подшкала	Частота, число пациентов	15 подшкала	Частота, число пациентов	16 подшкала	Частота, число пациентов	17 подшкала	Частота, число пациентов
1	утомляет	78	вызывает: чувство тошноты	67	вызывает: чувство тревоги	101	угнетает	—
2	изматывает	69	удушья	54	страха	27	раздражает	58
3					ужаса	7	злит	45
4							приводит в ярость	18
5							приводит в отчаяние	21
	18 подшкала		19 подшкала					
1	обессиливает	126	боль — помеха	15				
2	ослепляет	10	боль — досада	7				
3			боль — страдание	50				
4			боль — мучение	45				
5			боль — пытка	19				
Σ	Средний индекс числа выбранных дескрипторов			4,9 ± 1,7 пн		4,7 ± 1,5 ст		p > 0,05
	Средний ранговый индекс боли, баллы			13,1 ± 1,1 пн		9,7 ± 1,1 ст		p > 0,05
Профиль пациентов		Оценочная шкала						
		Оценка интенсивности боли пациентами, % ± m %						
		слабая	умеренная	сильная	сильнейшая	невыносимая		
психоневрологический		7 ± 6,4	21 ± 6,4	29 ± 6,4	34 ± 6,4	9 ± 6,4		
стоматологический		2 ± 7,1	18 ± 7,1	41 ± 7,1	26 ± 7,1	13 ± 7,1		

Примечания. Здесь и далее: ст — стоматологический профиль; пн — психоневрологический профиль; p — уровень значимости различия

Пациенты психоневрологического профиля характеризовали свою боль как пилящую, царапающую, зудящую, жалящую, горячую, жгущую, мозжащую, колотящую, колющую, буравящую, сверлящую, немую, сводящую, леденящую, дергающую, тянущую, подобную удару тока и т. д. Средний индекс числа выбранных дескрипторов по сенсорной шкале составил $7,2 \pm 2,6$ у больных психоневрологического профиля и $8,4 \pm 2,1$ у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы ($p > 0,05$). По сенсорной шкале выраженность болевого синдрома, отраженная в показателе среднего рангового индекса боли, составила $29,2 \pm 3,4$ балла у больных психоневрологического профиля и $33,7 \pm 3,2$ балла у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы ($p > 0,05$). Таким образом, несмотря на различия в качественных характеристиках болевого синдрома, как пациенты стоматологического, так и психоневрологического профиля испытывали схожий по силе и достаточно выраженный дискомфорт на уровне ощущений.

Эмоциональная составляющая болевого синдрома у исследуемых пациентов была представлена дескрипторами всех подшкал, но наиболее частыми эмоциями пациентов были чувство тревоги, страха, раздражения, злости, отчаяния, ощущение того, что боль изматывает и лишает сил. Большая часть пациентов воспринимали боль как страдание и мучение. Средний индекс числа выбранных дескрипторов по аффективной шкале со-

ставил $4,9 \pm 1,7$ у больных психоневрологического профиля и $4,7 \pm 1,5$ у пациентов стоматологического профиля ($p > 0,05$); средний ранговый индекс боли составил $13,1 \pm 1,1$ балла у больных психоневрологического профиля и $9,7 \pm 1,1$ балла у пациентов стоматологического профиля, различия не значимы ($p > 0,05$).

Большинство пациентов психоневрологического профиля субъективно оценивали интенсивность боли как сильнейшую ($34 \pm 6,4$ %), сильную ($29 \pm 6,4$ %) или умеренную ($21 \pm 6,4$ %), а пациенты стоматологического профиля — как сильную ($41 \pm 7,1$ %) или сильнейшую ($26 \pm 7,1$ %).

Сравнительный анализ усредненных значений показателей шкалы MPQ в основной и контрольной группах представлен в таблице 3. Средний индекс числа выбранных дескрипторов в основной группе пациентов составил $6,6 \pm 1,9$, в контрольной группе — $6,1 \pm 1,8$, различия не значимы ($p > 0,05$). Средний ранговый индекс боли составил $32,4 \pm 2,0$ балла в основной группе и $20,6 \pm 2,1$ балла в группе контроля ($p > 0,05$). Усредненные значения по оценочной шкале составили $3,5 \pm 2,6$ балла у больных психоневрологического профиля и $3,8 \pm 2,7$ балла у больных стоматологического профиля ($p > 0,05$). Эти данные отражали выраженность болевого синдрома у пациентов и делали возможным проведение исследования с последующим сравнением в динамике показателей шкалы MPQ в исследуемых группах.

Таблиця 3. Сравнительный анализ усредненных значений показателей шкалы MPQ в исследуемых группах

Шкалы MPQ		Основная группа (n = 82)		Группа контроля (n = 66)	
		психоневрологический	стоматологический	психоневрологический	стоматологический
Сенсорная шкала	Средний ИД	6,8 ± 2,5	8,9 ± 2,2	8,3 ± 2,4	7,9 ± 2,3
	Средний РИ, баллы	32,1 ± 3,2	33,9 ± 3,2	26,3 ± 3,1	33,5 ± 3,1
Аффективная шкала	Средний ИД	5,7 ± 1,6	4,6 ± 1,5	4,1 ± 1,7	4,8 ± 1,6
	Средний РИ, баллы	12,5 ± 1,2	10,5 ± 1,1	13,7 ± 1,0	8,9 ± 1,2
Суммарный	Средний ИД	6,3 ± 2,1	6,8 ± 1,8	6,2 ± 1,9	5,9 ± 1,8
	Средний РИ, баллы	42,6 ± 2,0	22,2 ± 2,0	20,0 ± 1,9	21,2 ± 2,2
	Средний ИД	6,6 ± 1,9		6,1 ± 1,8	
	Средний РИ, баллы	32,4 ± 2,0		20,6 ± 2,1	
Оценочная шкала, баллы		3,8 ± 2,5	3,6 ± 2,6	3,2 ± 2,6	4,0 ± 2,7
Суммарный балл		3,7 ± 2,5		3,6 ± 2,6	

Примечание. Здесь и далее: значения показателей шкалы MPQ поданы в формате ($Me \pm m$); уровень значимости различия — $p > 0,05$

В таблице 4 представлен сравнительный анализ динамики болевого синдрома у пациентов основной группы, которые прошли сеанс биосуггестивной терапии, и у пациентов группы контроля, которые справлялись с болью самостоятельно. Также нами было проанализировано видоизменение болевого синдрома у пациентов стоматологического и психоневрологического профилей. Полученные результаты позволили оценить эффективность биосуггестивной терапии в уменьшении боли у пациентов. Так, у пациентов основной группы отмечалось выраженное уменьшение болевого синдрома через 2 часа после проведенной биосуггестивной терапии

(суммарный средний ИД снизился с $6,3 \pm 2,1$ до $3,2 \pm 2,2$; суммарный средний РИ — с $32,4 \pm 2,0$ до $16,7 \pm 1,9$ балла, $p < 0,05$) по всем показателям методики MPQ. Но наиболее выраженными эти изменения были у пациентов психоневрологического профиля по аффективной шкале (средний ИД снизился с $5,7 \pm 1,6$ до $1,7 \pm 1,5$; средний РИ — с $12,5 \pm 1,2$ до $4,4 \pm 1,5$ балла, $p < 0,001$). У пациентов стоматологического профиля также отмечалось значительное уменьшение выраженности болевого синдрома, в основном за счет эмоциональной составляющей (средний ИД снизился с $4,6 \pm 1,5$ до $2,2 \pm 1,7$; средний РИ — с $10,5 \pm 1,1$ до $5,1 \pm 1,3$ балла, $p < 0,02$).

Таблица 4. Оценка эффективности биосуггестивной терапии при купировании болевого синдрома у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей в исследуемых группах

Шкалы MPQ	Профиль пациентов	Основная группа (n = 82)				Группа контроля (n = 66)				p
		До биосуггестивной терапии		Через 2 часа после начала исследования		В начале исследования		Через 2 часа после начала исследования		
		ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	ИД	РИ, баллы	
Сенсорная шкала	психоневрологический	6,8 ± 2,5	32,1 ± 3,2	3,1 ± 2,3	25,4 ± 3,1	8,3 ± 2,4	26,3 ± 3,1	8,1 ± 2,2	26,0 ± 2,9	$p < 0,01$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	8,9 ± 2,2	33,9 ± 3,2	5,2 ± 3,1	29,9 ± 3,0	7,9 ± 2,3	33,5 ± 3,1	8,0 ± 2,1	31,5 ± 3,0	$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Аффективная шкала	психоневрологический	5,7 ± 1,6	12,5 ± 1,2	1,7 ± 1,5	4,4 ± 1,5	4,1 ± 1,7	13,7 ± 1,0	4,8 ± 1,9	14,2 ± 1,1	$p < 0,001$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	4,6 ± 1,5	10,5 ± 1,1	2,2 ± 1,7	5,1 ± 1,3	4,8 ± 1,6	8,9 ± 1,2	4,5 ± 1,4	7,7 ± 1,3	$p < 0,02$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Σ		6,3 ± 2,1	32,4 ± 2,0	3,2 ± 2,2	16,7 ± 1,9	3,2 ± 2,6	13,8 ± 2,7	5,4 ± 2,3	19,9 ± 2,5	$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
Оценочная шкала	психоневрологический	3,8 ± 2,5		2,1 ± 2,4		3,2 ± 2,6		3,2 ± 2,4		$p < 0,01$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$
	стоматологический	3,6 ± 2,6		2,2 ± 2,5		4,0 ± 2,7		3,7 ± 2,5		$p < 0,05$ $p^1 > 0,05$ $p^2 < 0,05$

Примечания: p — уровень значимости различия в основной группе до проведения и через два часа после проведения биосуггестивной терапии; p^1 — уровень значимости различия в контрольной группе в начале исследования и через два часа; p^2 — уровень значимости различия между группами в период через два часа после начала исследования

Таким образом, у пациентов, прошедших сеанс биосуггестивной терапии, отмечалась нормализация эмоционального фона, в основном за счет снижения уровня тревоги и раздражительности. Изменение эмоциональной составляющей автоматически влекло за собой пересмотр пациентами всех характеристик болевого синдрома и трансформацию сенсорно-чувствительных составляющих боли в сторону их меньшей выраженности. Все пациенты основной группы субъективно отметили улучшение своего состояния после биосуггестивной терапии ($с\ 3,8 \pm 2,5$ до $2,1 \pm 2,4$ балла среди больных психоневрологического профиля и $с\ 3,6 \pm 2,6$ до $2,2 \pm 2,5$ балла среди больных стоматологического профиля — по оценочной шкале методики MPQ, $p < 0,05$).

В контрольной группе пациентов, с которыми не проводилась биосуггестивная терапия, по всем показателям шкалы MPQ не было выявлено различий в изменении сенсорного или эмоционального компонентов болевого синдрома на протяжении двухчасового интервала исследования (суммарный средний ИД в начале исследования составил $3,2 \pm 2,6$, через два часа — $5,4 \pm 2,3$; суммарный средний РИ изменился с $13,8 \pm 2,7$ до $19,9 \pm 2,5$ балла, $p > 0,05$).

Сравнительный анализ показателей шкалы MPQ между исследуемыми группами показал наличие статистически значимых ($p < 0,05$) различий по сенсорной, аффективной и оценочной шкалам как среди пациентов психоневрологического профиля, так и у больных стоматологического профиля.

Таким образом, проведенное исследование доказало эффективность использования метода биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома у пациентов психоневрологического и стоматологического профилей. Данный метод оказался результативным при его самостоятельном использовании, без фармакотерапии болевого синдрома. Основной точкой приложения биосуггестии явилась эмоциональная составляющая болевого синдрома, изменение которой автоматически влекло за собой трансформацию и сенсорно-чувствительного, и субъективного компонентов боли. Это еще раз доказывает наличие соматопсихических и психосоматических взаимоотношений и позволяет использовать метод биосуггестивной терапии в уменьшении выраженности болевого синдрома любого генеза самостоятельно или параллельно с медикаментозным купированием боли.

Полученные данные об эффективности метода биосуггестивной терапии при коррекции болевого синдрома в психоневрологии и стоматологии при его однократном использовании делают целесообразным изучение возможностей применения этого метода курсом (несколько сеансов) и для устранения болевого синдрома различного генеза при других заболеваниях.

Список литературы

1. The Epidemiology of Chronic Pain of Predominantly Neuropathic Origin. Results From a General Population Survey / Torrance N., Smith B. H., Bennett M. I. [et al.] // The Journal of Pain. 2006. Vol. 7 (4). P. 281—289.
2. Данилов А. Б. Нейропатическая боль. Москва : Нейромедиа, 2003. 60 с.
3. Zadik Y., Chapnik L., Goldstein L. In-flight barodontalgia: analysis of 29 cases in military aircrew // Aviat Space Environ Med. 2007. Jun; 78(6): P. 156—161.
4. Кассиль Г. Н. Наука о боли. 2-е доп. изд-е. Москва : Наука, 1975. 400 с. (Серия «Проблемы науки и технического прогресса»).
5. Melzack R. The short-form McGill Pain Questionnaire // Pain. 1987. Vol. 30 (2). P. 191—197.
6. Лях Ю. Е., Гурьянов В. Г. Анализ результатов медико-биологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // Вестник гигиены и эпидемиологии. 2004. Т. 8, № 1. С. 155—167.

Надійшла до редакції 10.10.2017 р.

ОСОКИНА Ольга Ігорівна, доктор медичних наук, доцент, завідувачка кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету (ДонНМУ), м. Краматорськ, Україна

УДОД Олександр Анатолійович, доктор медичних наук, професор, проректор з науково-педагогічної роботи та міжнародних зв'язків ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

ІВНІВ Борис Борисович, доктор медичних наук, професор, ректор Київського медичного університету, м. Київ, Україна
СЕЛЕЗНЬОВА Софія Веніамінівна, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри неврології та нейрохірургії ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

УШЕНІН Сергій Геннадійович, кандидат медичних наук, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

ПУТЯТІН Геннадій Геннадійович, кандидат медичних наук, доцент, доцент кафедри психіатрії, психотерапії, наркології та медичної психології ДонНМУ, м. Краматорськ, Україна

OSOKINA Olga, Doctor of Medical Science, Associate Professor, Head of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

UDOD Oleksandr, Doctor of Medical Science, Professor, Vice-Rector for Scientific-Pedagogical Work and International Relations of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

IVNIEV Borys, Doctor of Medical Science, Professor, Rector of Kyiv Medical University, Kyiv, Ukraine

SELEZNOVA Sofiia, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Neurology and Neurosurgery of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

USHENIN Serhii, MD, PhD, Lecturer of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

PUTIATIN Hennadii, MD, PhD, Associate Professor, Lecturer of Department of Psychiatry, Psychotherapy, Narcology and Medical Psychology of Donets'k National Medical University, Kramators'k, Ukraine

Данные обзоры подготовлены по материалам 25-го Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (апрель 2017 года, Флоренция) участниками проекта «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компания "Сервье"» специально для психиатрических журналов Зоны 10 ВПА (East European Educational WPA — Servier Academy — “EEE WPA — Servier Academy”)).

УДК 616.89:615.851.13-071

О. С. Белугина

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ

О. С. Белугіна

Рання діагностика перших психотичних проявів

O. S. Belugina

Early detection of psychosis

Настоящая публикация представляет собой обзор материалов 25 конгресса Европейской психиатрической ассоциации (1—4 апреля 2017 г., Флоренция, Италия), посвященных ранней диагностике первых психотических проявлений и обсуждению препятствий, лишающих многих пациентов своевременной психиатрической помощи.

Ключевые слова: Конгресс ЕПА 2017, ранняя диагностика, психотические проявления, группа риска по развитию психического заболевания, стигма

Ця публікація є оглядом матеріалів 25 Конгресу Європейської психіатричної асоціації (1—4 квітня 2017 р., Флоренція, Італія), присвячених ранній діагностиці перших психотичних проявів та обговорення перешкод, які позбавляють багатьох пацієнтів своєчасної психіатричної допомоги.

Ключові слова: Конгрес ЕПА 2017, рання діагностика, психотичні прояви, група ризику розвитку психічного захворювання, стигма

This publication provides a symposium and poster presentations overview of the 25th European Congress of Psychiatry (1—4 April 2017, Florence, Italy) that covers new developments in a field of early detection of psychosis and discussion of obstacles still depriving many patients of an immediate benefit.

Keywords: EPA congress 2017, early detection, psychosis, at-risk mental state, stigma

С 1 по 4 апреля в Италии, Флоренции прошёл 25-й Конгресс Европейской психиатрической ассоциации. Одной из обсуждаемых тем стал вопрос своевременного выявления ранних психотических симптомов и обсуждение препятствий в диагностике, по-прежнему лишающих многих пациентов своевременной психиатрической помощи. Немаловажной оказалась тема более широкого внедрения опыта использования и дальнейшего развития центров по ранней диагностике риска развития первых психотических проявлений в европейских странах. Так, на симпозиуме, посвящённом одноименной теме, председателем которого была Danuta Wasserman (Швеция), выступала Anita Riecher-Rossler (Швейцария) с докладом, в котором обсуждалась важность выявления пациентов, находящихся в группе риска развития психоза, обнаружения ранних психотических симптомов и развития специализированных центров помощи для данной группы людей. Также был представлен обзор диагностических методов, которые могут использоваться в настоящее время в психиатрии для ранней диагностики психоза.

Последствия отсроченного лечения психотических проявлений

В течение последних двух десятилетий выявление и лечение психозов уже в их продромальной стадии стали широко принятыми целями психиатрии. Докладчик заметила, что первый психоз обычно начинается с ранних признаков и симптомов за четыре-пять лет до настоящего психоза. Чаще продром психоза мы видим в неспецифических и нехарактерных знаках, таких как подозрительность, тревога. Затем у пациентов проявляются так называемые «смягчённые психотические симптомы»: странные убеждения (близкие к бредовым), а также у них могут обнаруживаться временные психотические симптомы (настоящие, но кратковременные),

и только потом проявляется классическая психотическая симптоматика.

Почему же данные «смягчённые психотические симптомы» и ранние знаки перед началом настоящего психотического эпизода имеют такое значение? Дело в том, что они несут за собой очень серьезные последствия для пациентов. В своем сообщении Anita Riecher-Rossler отметила, что отсутствие своевременного выявления ранних психотических проявлений у пациента приводит к позднему началу терапии и, как следствие, худшему прогнозу, течению и исходу самого заболевания. Более того, увеличивается риск возникновения тяжёлой симптоматики, в особенности негативной (которая может не поддаваться лечению), а также отсроченной и неполной ремиссии. Всё вышеперечисленное приводит к ухудшению социального функционирования (влияет на получение образования, выбор профессии и поиск партнера), снижению когнитивных способностей пациента, увеличению риска развития депрессии, суицидального поведения и зависимости от психоактивных веществ. Вместе с тем нужно отметить, что такие пациенты являются тяжелой ношей для своих семей, у них хуже ответ на терапию (требуется высокая доза антипсихотика) и, как следствие, они нуждаются в больших затратах на лечение [1].

Кроме этого, по сведениям литературы, у данной категории пациентов наблюдается потеря объёма серого вещества в головном мозге. Так, целью одного из исследований было — сравнить региональный объём серого вещества у людей до и после начала психоза при помощи МРТ (магнитно-резонансной томографии). Было выяснено, что при сравнении МРТ-картин головного мозга у людей с высоким риском развития психоза и с теми, у кого развился и не развился психоз, данные оказались разными. У пациентов, которые находились в группе риска, а затем у них развился психоз, наблюдалось продолжительное уменьшение объёма серого

вещества в орбитофронтальной, верхней лобной, нижней височной, средней и верхней теменной коре, а также в мозжечке. Не было отмечено никаких изменений в объёме серого вещества у пациентов, у которых психоз так и не развился. Таким образом, следует предположить, что снижение объема серого вещества в лобной, височной и теменной коре непосредственно связано с началом психотического эпизода, нежели с уязвимостью к психозу [2].

Также следует упомянуть о том, что немаловажную роль в когнитивных функциях и поведенческих реакциях играет мозжечок. Изменение функции этого участка мозга может быть связано с психотическими проявлениями и шизофренией. Новейшие данные одного из исследований продемонстрировали, что увеличение активности передней доли правого мозжечка связано с повышенной уязвимостью к развитию психоза [3].

Первые психотические симптомы: цели диагностики

В течение двух десятилетий в области психиатрии проводились различные исследования, целью которых являлось раннее выявление психотических проявлений. Полученные данные показали, что наличие продромальных симптомов позволяет идентифицировать лиц в состоянии повышенного риска развития психоза при использовании определённых клинических критериев. По сравнению с общей популяцией эта категория людей имеет в 100 раз больше риск развития психических заболеваний. Знание ранней симптоматики в продромальной фазе приводит к правильному прогнозу развития психического заболевания через 24 месяца только в 29 % случаев, а вероятность перехода в психоз через 10 лет — от 35 % до 49 %. На данный момент одними из основных задач современной психиатрии являются распознавание, разработка методов профилактического лечения таких пациентов и одновременно — сведение к минимуму вредного воздействия лекарств. А это, в свою очередь, требует значительного улучшения качества достоверных и доступных прогностических маркеров риска развития первого психотического эпизода.

Раннее выявление первых психотических симптомов имеет три основные цели:

1. Распознавание явного психоза на ранних стадиях;
2. Выявление людей, находящихся в группе риска развития психоза, и оказание помощи им при наличии продромальных симптомов с целью предотвращения развития первого психотического эпизода;
3. Дифференциальная диагностика (так как данные симптомы также могут быть симптомами органического заболевания головного мозга, например, эпилепсии или энцефалита).

Борьба со стигматизацией в психиатрии

Какие же действия стоит предпринимать для того, чтобы как можно раньше и успешнее выявить данную группу людей? Конечно же, это просвещение в области психического здоровья, как общей популяции людей, так и членов семьи человека, который находится в группе риска (семьи с генетическим риском), школьников и студентов, а также врачей-психиатров, психотерапевтов, врачей общей практики и младшего медицинского персонала. Целью обучения должно стать в первую очередь распознавание ранних знаков и симптомов психического заболевания, а также борьба со стигматизацией психоза, психических болезней и психиатрии. Следует отметить, что иногда люди осознают, что с ними

или их родственником происходит что-то странное, но из-за стигмы им никогда не придёт мысль посетить психиатра. Нужно отметить, что многие пациенты испытывают тревогу по поводу того, что, после консультации психиатра их «закроют» в психиатрической больнице на длительное время [4]. Более того, даже в самой профессии между врачами психотические проявления остаются стигматизированными. Например, по словам Anita Riecher-Rossler, при обзоре литературы примерно около 50 % статей начинаются со слов «шизофрения — это злокачественное заболевание». Бесспорно, шизофрения может быть «разрушающим заболеванием», но это не значит, что в 100 % случаев она будет таковым, если будут проведены ранняя диагностика и вмешательство, а у пациентов, в свою очередь, будет больше возможностей и шансов на выздоровление.

Просвещение общества следует проводить не только в школах, институтах, поликлиниках и больницах, но и через различные медийные ресурсы: телевидение, радио, Интернет и так далее (организация различных семинаров, бесед; дни открытых дверей в центрах ранней диагностики первых психотических проявлений; диалоговые взаимодействия с коллегами). Вся информация должна быть написана понятным языком, легкодоступной и ориентированной на нужды пациентов.

Также в своем докладе профессор упомянула о том, что на данный момент в Европе, с целью сделать информацию о психической патологии общепонятной, разработан веб-сайт www.ferpsy.com, на котором представлена доступная информация на английском и немецком языках о симптомах психического заболевания, диагнозе и вариантах лечения. Более того — тут имеется специальный опросник, который поможет выявить наличие риска развития психотических проявлений у пациента и контактные данные, по которым человек может обратиться за помощью при обнаружении у себя определённой симптоматики. Кроме этого сайт также предназначен для врачей, психологов и других медицинских работников с клиническими или научными интересами. Тут же можно найти информацию о текущих исследовательских проектах и событиях в области психиатрии [1].

Первые психотические симптомы: методы диагностики и препятствия в оказании своевременной психиатрической помощи

Далее в своем докладе Anita Riecher-Rossler коснулась темы более широкого внедрения и распространения учреждений ранней диагностики психоза, а также осветила вопрос идентификации первых психотических проявлений. К таким методикам следует отнести:

1. Общее психиатрическое интервью (если пациента отправил к психиатру врач общей практики);
2. Для пациента, который окажется в центре ранней детекции психоза, должны быть специальные диагностические инструменты для всесторонней оценки риска развития психоза;
3. Если критерий риска положительный, то дальнейшая оценка и обследование пациента должны включать такие методы: детализированное клиническое обследование, лабораторные анализы, электроэнцефалография, МРТ и нейрокognитивная оценка. По словам докладчика, данные инструменты имеют превосходную способность прогнозировать риск развития психотических проявлений примерно с точностью в 70—80 %;
4. Образовательные программы для пациента и его родственников.

К особым предикторам перехода в психоз в группе высокого риска следует отнести:

1) Специфическую психопатологию (увеличение кратковременных и прерывистых психотических симптомов, «смягченные психотические симптомы», «смягченную позитивную симптоматику», подозрительность, ангедонию, базовые симптомы когнитивных нарушений);

2) Снижение социального и общего функционирования;

3) «Бедное» нейрокогнитивное функционирование. Так, по данным мета-анализа, в котором изучалось когнитивное функционирование пациентов, находящихся в группе высокого риска развития психоза, у которых потом развился психоз, по сравнению с теми, кто находился в группе высокого риска, но психоз не развился, когнитивный дефицит может предшествовать началу психоза. Это может быть полезным маркером повышенной уязвимости к болезни. Состояние повышенного риска развития психоза связано со значительными и широко распространенными нарушениями в нейрокогнитивном функционировании и социальных когнитивных. Последующий переход к психозу особенно связан с дефицитом в вербальной беглости и проблемами с памятью. Итак, у тех пациентов, у кого ниже когнитивное функционирование, риск перехода в психоз значительно выше [5];

4) Зависимость от каннабиса;

5) Некоторые признаки на электроэнцефалограмме. Прогноз перехода в психоз — с точностью в 70 %. У пациентов с шизофренией замечено нарушение колебаний бета- и гамма-волн, что, в свою очередь, связано с клинической симптоматикой данного заболевания;

6) Данные нейровизуализации;

7) Маркеры крови. Недавние исследования показали, что биомаркеры крови, связанные с воспалением, окислительным стрессом и нарушением в гипоталамо-гипофизарно-адреналовой оси, могут быть предикторами перехода в психоз у людей, находящихся в группе риска (Focking et al., 2016; Perkins et al., 2015).

Итак, по данным нескольких мета-анализов, раннее вмешательство и обнаружение первых психотических проявлений может предотвратить переход в психоз примерно у 37 % (Fusar-Poli, Stafford, Van der Gaag, 2013). Одним из эффективных методов интервенции для такой группы пациентов зарекомендовала себя когнитивно-поведенческая терапия, которая подает множество надежд в будущем (Okuzawa et al., 2014; Ising et al., 2016). Кроме этого, есть предположения о том, что в будущем в качестве методов интервенции могут оказаться эффективными назначения малых доз антипсихотика, омега-3-жирных кислот и интегрированное психологическое вмешательство.

Следует помнить о том, что пациенты, находящиеся в группе риска развития психоза, испытывают сильное чувство стыда и страх дискриминации, связанный с психотической симптоматикой. Однако, несмотря на это, они заинтересованы в поиске новой информации и помощи у специалистов, но опасаются говорить о своем статусе риска другим людям, так как боятся негативной реакции с их стороны (Uttinger et al., 2016). Ранее замечено, что выявление первых психотических симптомов связано скорее с положительными эмоциональными переживаниями у пациента, нежели с отрицательными. Благодаря этому данная категория людей чувствует себя понятой, полной надежды и испытывает спокойствие, оказавшись рядом со специалистами (Yang et al., 2015).

По данным проведенных исследований, пациенты, попавшие в клинику для ранней диагностики психотических проявлений, испытывают чувство облегчения, когда узнают, что и у других людей бывают похожие переживания и симптомы. Наличие полезной информации по поводу психических заболеваний, присутствие врачей и психологов создает чувство безопасности, защищенности, понимания, мотивацию и уверенность в том, что существует возможность решения сложившейся проблемы с психическим здоровьем.

Тем не менее, на данный момент центры по ранней диагностике риска развития психотических проявлений не получили широкого распространения и функционируют в полной мере не во всех странах Европейского союза. Однако, исходя из опыта работы, программы по раннему распознаванию психотических проявлений имеют явное экономическое преимущество перед стандартизированной психиатрической помощью. Наличие данных программ помогает снизить госпитализацию и улучшить социальное функционирование пациента [6]. Так, в настоящее время широко внедрены такие учреждения в Великобритании, Дании, Норвегии и Швейцарии; ограниченное количество находится в Испании, Италии, Австрии и Германии; мало или отсутствуют — в Португалии, Франции, Хорватии, Чехии, Словении, Польше, Греции и так далее (McDaid et al., 2016). Более того, пока что всё ещё недостаточно обучающих протоколов для пациентов и родственников, тренировочного материала для медицинских работников, нормативных и правовых документов, руководств и финансовых затрат в данном направлении [1].

Недавно было проведено исследование в странах Европейского союза, участие в котором приняли только 59 % государств. По данным опроса, лишь в половине этих стран имеются центры по ранней детекции первых психотических проявлений, и только 4 страны ставят своей целью планы на дальнейшее их развитие. Кроме этого в 74 % участвующих в опросе стран существуют национальные руководства по шизофрении, но они не включают в себя раздел раннего выявления психотических проявлений [7].

Суммируя вышесказанное, нужно отметить, что раннее выявление первых психотических проявлений является ключом к решению множества проблем: течение, прогноз, лечение заболевания, социальное функционирование пациента, борьба со стигмой в психиатрии и так далее. На данный момент выявление людей, находящихся в группе риска развития психической патологии, и прогнозирование перехода в психоз возможно с хорошей точностью по сравнению с другими подходами в медицине. В свою очередь, эта точность может быть улучшена при соблюдении определённой очередности диагностических действий (использование опросников и различных диагностических методов). Для улучшения ранней диагностики психотических проявлений должно быть приложено немало сил на борьбу со стигматизацией, предрассудками и опасениями в психиатрии, а также на развитие уже имеющихся методик диагностики для выявления группы риска. Более того, необходима совместная работа государственных деятелей, клиницистов, пациентов и их родственников. Кроме этого нужны длительные междисциплинарные исследования, а также мультицентровые исследования с большой выборкой, которая будет в себя включать различные возрастные группы, находящихся в риске развития психоза.

Список литературы

1. Riecher-Rössler A. Working together for early detection of psychosis // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S6. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.006>.
2. Reductions in frontal, temporal and parietal volume associated with the onset of psychosis / Stefan J. Borgwardt, Philip K. [et al.] // Schizophrenia Research. October 2008, 106, 108—114.
3. Jukuri T., Kiviniemi V., Veijola J. Cerebellar activity in young people with familial risk for psychosis — The Oulu brain and mind study // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S628. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1019>.
4. Stigma in early detection of psychosis: Subjective experiences of those concerned / M. Uttinger, C. Rapp, E. Studerus, [et al.] // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S387. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.02.429>.

5. Cognitive Functioning in Prodromal Psychosis: meta-analysis / Paolo Fusar-Poli, Giacomo Deste, Renata Smieskova, [et al.] // Arch Gen Psychiatry. 2012; 69(6): 562—571.

6. Galderisi S., Pietrafesa D., Palumbo D. Intervention in early psychosis. Current status and future perspectives // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S28. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.141>.

7. The current European status / [N. Maric, S. Andric, A. Raballo, et al.] // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. S27. URL : <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.138>.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

БЕЛУГИНА Ольга Сергеевна, ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии Белорусского государственного медицинского университета, г. Минск, Республика Белоруссия

BELUGINA Olga, Assistant of Department of psychiatry and medical psychology of Belarusian state medical University, Minsk, Belarus

УДК 616.89:616.895-036.2-061.3

И. А. Франкова

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ — ВЫЗОВ ДЛЯ ПСИХИАТРИИ XXI ВЕКА (обзор материалов 25-го Европейского психиатрического конгресса)

І. А. Франкова

Психічне здоров'я переселенців — виклик для психіатрії XXI століття (огляд матеріалів 25-го Європейського психіатричного конгресу)

I. A. Frankova

Refugee mental health — the psychiatric challenge of the 21st century (25th European Congress of Psychiatry materials review)

Травма стала определенной символической категорией, которая вторгается в повседневную жизнь, и эта проблема достигла размеров эпидемии. Травма объясняет не только происхождение проблем со здоровьем, но и последствия воздействия насилия. Растущее количество вынужденно перемещенных людей представляет серьезное испытание для психиатрии в наше время.

Ключевые слова: Европейский психиатрический конгресс, вынужденное перемещение, беженцы, дискриминация, психическое здоровье переселенцев

Травма стала певною символічною категорією, яка вторгається в повсякденне життя, і ця проблема досягла розмірів епідемії. Травма пояснює не тільки походження проблем зі здоров'ям, але і наслідки впливу насильства. Зростаюча кількість вимушено переміщених людей становить серйозну проблему для психіатрії в наш час.

Ключові слова: Європейський психіатричний конгрес, вимушене переміщення, біженці, дискримінація, психічне здоров'я переселенців

Trauma has become a symbolical category that is invasive in everyday life and has reached epidemic proportions. Trauma explain not only the origins of course of health-related problems, but also the consequence of exposure to violence. The growing number of forcibly displaced people constitute a great challenge for psychiatry nowadays.

Keywords: European congress of Psychiatry, forced displacement, migrants, discrimination, mental health of refugees

В своем вступительном слове, посвященном открытию конгресса, Silvana Galderisi, президент Европейской психиатрической ассоциации, обратила внимание общественности на то, что психические расстройства:

— имеют низкий уровень первичной диагностики, следовательно, — лечения;

— широко распространены среди общей популяции (каждый третий на протяжении жизни минимум один раз сталкивается с психическим расстройством);

— могут быть временными, но часто становятся хроническими, в связи с низкой выявляемостью, препятствуют полному развитию потенциала человека и могут сокращать продолжительность жизни. Жизнь людей, страдающих тяжелыми психическими расстройствами, на 15—20 лет короче (Galderisi, 2017).

Другой известный итальянский психиатр Mario Maj, возглавлявший Всемирную ассоциацию психиатров (2008—2011), в пленарной лекции сказал: «Психические расстройства — это не просто болезнь головного мозга, они на самом деле возникают на стыке между этим сложным органом, головным мозгом, и еще более сложным

миром межличностных отношений, в который мы все настолько погружены» (Maj, 2017).

Европейский миграционный кризис является одной из самых больших проблем XXI века. Вынужденное переселение затрагивает миллионы человеческих жизней с обеих сторон — одних вынуждает бежать, других — предоставлять убежище и защиту. Психическое здоровье беженцев — это вызов для современной психиатрии. Потребность в психиатрической помощи среди людей, спасающихся от войны и преследований, будет только расти (Graef-Calliess, 2017).

Огромное количество травмированных беженцев нуждается в помощи не только в Европе, но и на Ближнем Востоке, и в Африке, с небольшим количеством психиатров или в районах, слишком опасных для работников, оказывающих помощь (Wasserman, 2017). Специалисты в области психического здоровья по всему миру испытывают серьезные сложности в попытках помочь данной категории пациентов в связи со стигматизацией психических расстройств, языковыми барьерами, дискриминацией и недостатком транскультуральных компетенций.

Статистика

На 25-м Конгрессе Европейской психиатрической ассоциации теме миграции и вынужденного переселения было уделено много внимания со стороны докладчиков и слушателей. В одном из симпозиумов («Вызов для Европы: психическое здоровье беженцев») поделился своими наблюдениями и исследованиями Levent Kuey, руководитель секции транскультуральной психиатрии Всемирной ассоциации психиатров. Миграция была коллективным опытом для человечества на протяжении всей нашей истории. Существовало ли такое общество, которое не сталкивалось бы с миграцией в той или иной форме? Ответ отрицательный, и в настоящее время такого общества нет. Некоторые страны отправили много иммигрантов за границу, другие приняли и разместили их, а третьи — являются транзитными зонами на пути миграции (Kuey, 2017). В целом, миграция определяется как географическое перемещение людей из одного места в другое, но каждый пример миграции уникален, существуют значимые различия между добровольной и вынужденной миграцией. Клиницисты должны учитывать эти факторы при оценке и планировании стратегий вмешательств, в социальном плане.

Глобально, 1 из 122 людей был вынужден покинуть свой дом в 2014 году (около 42 500 индивидуумов в день). С 2010 по 2014 год данная цифра увеличилась в 4 раза. Текущее глобальное вынужденное перемещение достигло наибольших масштабов со времен Второй мировой войны. Только за 2015 год вследствие преследования, военных конфликтов, нарушения прав человека, по подсчетам The United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), в мире насчитывается около 60 миллионов вынужденных переселенцев (59,5 млн в 2014 и 51,2 млн в 2013 годах). Предположительно на данный момент в мире около 300 млн человек, которые относятся к категории насильственно перемещенных. Если этих людей объединить в страну, она бы заняла 24-й номер в мировом списке по своей величине (UNHCR, 2015). Точная статистика варьирует в зависимости от того, как разграничить эту популяцию.

Условно выделяют следующие категории насильственно перемещенных лиц:

- беженцы (*refugees*) — это лица, которые находятся за пределами своей страны гражданства, не могут или не хотят вернуться на родину, в связи с наличием обоснованного страха преследования по причине их расы, религии, национальности, политических убеждений или принадлежности к определенной социальной группе, и не могут получить убежище в родной стране (UNHCR, 2010);

- те, кто просят убежища (*asylum-seekers*) — лица, которые добивались международной защиты, и чья просьба о предоставлении статуса беженца еще не была одобрена, независимо от того, когда она была подана (UNHCR, 2015);

- лица, перемещенные внутри страны (*internally displaced persons*) — вынужденные покинуть свои дома, чтобы избежать военных конфликтов, насилия, нарушений человеческих прав, но не пересекли границ своей страны (UNHCR, 2015);

- лица без гражданства (*stateless persons*);

- лица, которые являются репатриантами (*returnees*);

- экономические мигранты.

Среди всех стран мира, согласно подсчетам, на конец 2015 года наибольшее количество беженцев приютили Турция (2,5 млн), Пакистан (1,5 млн), Ливан (1,1 млн).

С 2015 по 2016 год более 1,4 миллиона человек подало заявки на получение убежища в Европе. Наибольшее количество заявок получили Германия (641 535), Швеция (142 560), Венгрия (130 695), Италия (102 480) и Австрия (83 080) (Abbott, 2016). Популяция беженцев в Европе возросла до 3,1 млн, в частности переселенцами из Сирийской Арабской республики (1,7 млн), Украины (234 600) и Ирака (132 200). Первый крупномасштабный вооруженный конфликт на территории Европы (Украина) с момента окончания балканских войн стал еще одним серьезным фактором вынужденного перемещения по всему региону. В результате боевых действий на Востоке Украины в 2014 году были вынуждены покинуть свои дома и мигрировать в пределах страны более 800 тыс. человек, а общее количество беженцев в Российской Федерации увеличилось до 271 200 человек (к примеру, в 2013 году количество заявок о предоставлении статуса беженца составило 3,4 тыс.) Украинцы составили 98 % всех беженцев в Российской Федерации (UNHCR, 2015).

Levent Key в своем выдающемся докладе задал вопрос аудитории, который остался без ответа. Если на минуту представить себя на месте человека в сердце вооруженного конфликта, когда подходящее время бросить все и бежать? Когда вы услышали о войне по телевизору? Когда вы слышите взрывы бомб над соседним городом? Может быть, когда вы видите военные действия на вашей улице? Либо, когда умирает родной человек на ваших глазах? Люди оказываются в безвыходной ситуации под названием «беги или умри». А те, кто решился на побег, на чью помощь они могут рассчитывать? Насколько могут/хотят помочь чиновники, вооруженные силы, друзья, соседи, гражданское общество, общественные некоммерческие организации, торговцы людьми, контрабандисты? Возможно, рассчитывать не на кого?

К примеру, вследствие сирийского конфликта, который по праву считается наихудшим миграционным кризисом нашего поколения, 7 млн 600 тыс. людей были вынуждены покинуть свои дома и мигрировать в пределах своей страны, сотни тысяч находятся в лагерях для переселенцев. Более 200 тыс. умерли, 4 млн сирийцев бежали из страны. В 2015 году из этой страны по Средиземному морю бежало 219 тыс. людей, в результате чего более 2 800 мигрантов умерли или пропали без вести.

Стресс-факторы, риск-факторы

В последнее время в изучение темы психического здоровья переселенцев вовлечены многие ведущие психиатры, президент Всемирной психиатрической ассоциации Dinesh Bhugra не стал исключением. На протяжении конгресса он представил несколько докладов. В докладе «Транскультуральная адаптация после миграции», в том числе, делился личным опытом, так как является иммигрантом второго поколения. Миграция — это риск-фактор возникновения психических расстройств. Dinesh Bhugra в своих исследованиях сообщает о множественных и очень сложных стрессорах, с которыми часто сталкиваются беженцы. Стресс-факторы не только подвергают психическое здоровье серьезному риску, но и продолжительно воздействуют на него (Bhugra, 2017). Это может быть опыт травматизации до, во время и после фактического перемещения (миграции). Если беженцам удалось покинуть зону конфликта, то поиск безопасности часто становится длинным и изнуряющим, в дороге их могут поджидать и другие травматические события (голод, физическое, сексуальное насилие, смерть, похищение документов, торговля людьми) (табл. 1).

Таблиця 1. Етапи міграції і ризик-фактори

Етапи міграції	Фактори ризику психічних розладів на різних етапах міграції
Підготовка до міграції: переслідування, економічні труднощі, пошук ресурсів	Фізичний вред, небезпечні для життя умови, сеграція
Фізичний процес міграції	«Беги або умри»
Пост-міграція: зіткнення з новою середою, культурою, устрій життя	Неопределенність, перебування в таборах, дискримінація, ворождебність, зниження можливості соціальної інтеграції

Не всі переселенці мають однаковий ризик психічних захворювань. В більшій ступені підвержені ризику:

- жінки, особливо в сім'ях з матриархальним укладом;
- підлітки;
- похилі люди;
- ті, хто втратив свої документи особистості;
- особи з інвалідністю або з раніше діагностованими проблемами в сфері психічного здоров'я;
- жертви насильства;
- ті, хто знаходиться в крайній біді.

В результаті міграції багато втрачають або вимушені покинути чоловіків, жінок, партнерів, втрачають друзів і стосунки, що призводить до порушенню можливості в подальшому будувати довготривалі, близькі і інтимні стосунки. Травма залежить не тільки від природи травматичного події, але також від особистого стосунку і соціальної інтерпретації, включаючи реакції жертв, їх сімей, спільнот і суспільства в цілому.

Существують ризики, але в протилежності їм виділяють визначені фактори стійкості (рис. 1). Коли у біженців проявляється психічне розлад, фактори постміграції мають вирішальне значення в тому, стане ли захворювання (в частині, депресивне розлад) хронічним, і наскільки легко пройде процес інтеграції в нове суспільство (Bogic, et al., 2015).



Рис. 1. Фактори ризику і стійкості

Що ж відбувається з людиною після того, як він потрапив в нове суспільство? Dinesh Bhugra виділив наступні можливі реакції на вимушене переселення (рис. 2).

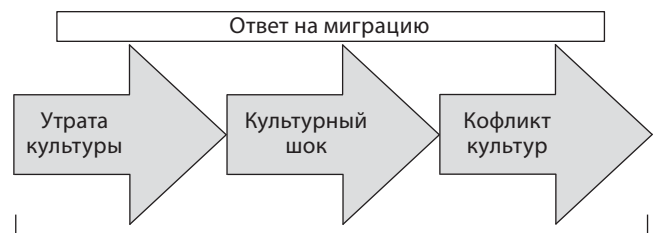


Рис. 2. Реакції на міграцію

Давайте розглянемо їх більш детально. Культурна втрата відбувається в зв'язі з втратою соціальних структур, культурних цінностей, культурної самобитності і характеризується майже неестественною прив'язаністю до минулого (ідеалізація минулого). В боротьбі з культурними втратами багато залежить від особистості індивідуума, незалежно від того, буде ли він мігрувати в самотність або з родиною. Виразлення горя грає важливу роль в подоланні культурної втрати.

Культурний шок — емоційний або фізичний дискомфорт, дезорієнтація індивіда, викликана потраплянням в іншу культурну середу, зіткненням з іншою культурою, незнайомим місцем. Цей термін використовують для пояснення шоку, пережитого мігрантами після переходу до нової культури (Oberg, 1960). Шок затрагує різні аспекти функціонування людини, пов'язаний з втратою і наступним стресом, викликає відчуження від нової культури, приводячи до тривоги, почуття безпорадності і безсилля. Нова культура не тільки дивно відрізняється, але також неприємна і чужа. Таке відчуження призводить до серйозних складнощів в подальшій адаптації.

Культурний конфлікт — це афективний і когнітивний дисонанс в результаті спроби асимілювати цінності нової культури (більш широкую культуру) і відображає дилемми, які випробовують люди в спробі інтегрувати два протилежних погляди. Процес асиміляції в новій середі і культурі можливий завдяки вивченню нового мови, ритуалів, особливих паттернів поведінки і стосунків, а також можливості пережити втрату минулої культурної середи і, в певній мірі, відмовитися від неї.

Перелічене вище підтверджує, що на переселенців впливає велика кількість факторів одночасно, підвищуючи ризик виникнення психічних розладів. Наряду з цим, існує обмежена можливість надати їм належну допомогу. Наприклад, в Німеччині біженці можуть розраховувати на допомогу тільки при гострих психічних або загрозливих життю симптомах. В більшості країн існують серйозні лінгвістичні бар'єри, а культурні відмінності викликають значительні труднощі в діагностиці і лікуванні. Іншими серйозними перешкодами

являются дискриминация, мотивированная расизмом, с неблагоприятными последствиями для физического и, особенно, психического здоровья (Kuey, 2017).

К вопросу о дискриминации

Различные человеческие социальные группы обычно рассматриваются как «иные» членами других групп. Мы, люди, должны создавать социальные связи с нашими товарищами для существования и выживания, что неизбежно создает основу для формирования социальных групп и, в свою очередь, рождает такие категории как «внутри группы» и «вне группы», «я» и «другие», «мы» и «они». Этими словами начал свой доклад, посвященный вопросам растущего расизма и дискриминации в отношении переселенцев, Levent Kuey. Чтобы понять травмирующий эффект стигмы и дискриминации в отношении иммигрантов, вопрос «иных» должен быть пересмотрен, так как расизм и дискриминация отрицательно влияют на психическое здоровье.

С давнего времени существуют теории так называемого «научного расизма», которые постулируют, что некоторые расы уступают другим, и поэтому дифференцированное отношение к расам оправдано. Расовые, этнические, гендерные и религиозные системы, основанные на предрассудках и дискриминации, привели к огромным человеческим страданиям по всему миру. Многие человеческие бедствия, акты массового насилия были совершены во имя таких групповых различий, во имя «национальной, этнической или религиозной идентичности» (Kuey, 2017).

Дискриминация определяется как негативное отношение, предвзятость, насилие, несправедливость и лишение определенных прав людей по причине принадлежности их к определенной социальной группе. Дискриминационное поведение имеет много форм, но все они связаны с какой-либо формой исключения или отвержения. Одним из факторов, усиливающих стрессовое воздействие любого биопсихосоциального фактора на психическое заболевание, является степень дискриминации. Индивидуальная и институциональная дискриминация, а также стигма неполноценности отрицательно влияют на здоровье, ограничивая социально-экономические возможности и мобильность. Отмечают, что бедность, низкие санитарно-экономические условия, дискриминация и психическое здоровье имеют сильную корреляцию. Реакции на дискриминацию представлены в трех формах, обычно люди показывают комбинацию из них (рис. 3).



Рис. 3. Реакции на дискриминацию

Многие из тех, кто сталкиваются с дискриминацией в свой адрес, впоследствии интернализируют ее и подвергают себя самодискриминации. Примерами внутренней самодискриминации являются:

— стереотипы в отношении собственного «Я», они отражают когнитивный аспект социальной категоризации (я — член дискриминируемой группы);

— самоосуждения — отражают эмоциональный аспект дифференциации (я отвергаем, следовательно, заслуживаю то, что со мной происходит);

— самодискриминация — относится к усвоенным паттернам беспомощного поведения (я не имею равных прав; не могу делать то, что делают они).

Продолжая свой доклад, Levent Kuey призвал перестать описывать людей в соответствии с их корнями и идентифицировать с их родиной и национальностью, что было характерным для духа нашего времени ранее. «Корни не только кормят дерево, но одновременно фиксируют его на земле. Как следствие, невозможно одновременно принадлежать к разным землям/странам. Мы устали от этих деревьев. Мы должны отказаться от веры в деревья и корни. Они были причиной серьезных человеческих страданий. Дискриминация, от которой мы страдаем, не является ни фатальной, ни неизбежной. Будущее непредсказуемо, но полно возможностей и может быть построено» (Kuey, 2017).

Скринировать или не скринировать? И другие особенности ПТСР среди переселенцев

Возвращаясь к теме психических расстройств среди переселенцев, многие докладчики приводили примеры эпидемиологических исследований. Из данных мета-анализа следует, что уровень психических заболеваний в два раза выше среди беженцев и тех, кто просит убежища, по сравнению с теми, кто мигрировал по экономическим причинам (40 % к 21 %) (Lindert, et al., 2009).

Распространенность психических расстройств и проблем с физическим здоровьем увеличивается пропорционально длительности процедуры предоставления убежища, соответственно, качество жизни снижается. Похоже, что ресурсы переселенцев не активированы, у них нет доступа к здравоохранению, преобладает низкое качество жизни, высокий уровень стигматизации, рабочие места для них отсутствуют (Laban, et al., 2004).

Как уже упоминалось выше, беженцы часто имеют опыт множественных травм, связанных с премиграцией, миграцией и при адаптации в новых условиях. Большинство людей, страдающих от психической травмы, в социально безопасной ситуации восстанавливаются самостоятельно. Чтобы идентифицировать пациентов, действительно нуждающихся в помощи, важно помнить, что симптомы посттравматического стресса могут варьировать и сочетаться с другой психической и соматической сопутствующей патологией. Травматический опыт переселенца может приводить не только к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), но и к тревоге, депрессии, соматоформным расстройствам, хроническим болям, инсомнии, соматическим синдромам (слабость, звон в ушах, жалобы со стороны нескольких систем организма, таких как сердечно-сосудистая, дыхательная, мышечный аппарат и опорно-двигательная, иммунная, неврологическая, гастроинтестинальная, эндокринная (Lindert et al., 2009; Hansson et al., 2012; Gupta, 2013)). Стоит понимать, что пациент с такого рода жалобами скорее обратится к врачам общей практики, проходя многочисленные обследования и, возможно, лечение, но безуспешно. Важной задачей является информирование общесоматических врачей о существующей проблеме сложности выявления соматизированной тревоги и депрессии вследствие психической травмы.

Травматический опыт может приводить к развитию специфических фобий, расстройств личности, диссоциативных расстройств (Foa et al., 2000). Это вызывает

обеспокоенность врачей, в связи с данными состояниями психики снижаются когнитивные возможности, уровень энергии, мотивация, способность обучаться и принимать решения (Schouler-Ocak, 2015).

Не менее тревожным стало сообщение, что риск развития шизофрении и других не аффективных психозов среди беженцев — выше. Исследование, в которое вошло 1,3 миллиона человек, включало три категории людей: рожденные в Швеции — 88,4 % (оба родителя — шведы); 24 тыс. переселенцев (1,8 %) и экономические мигранты, которые не были вынуждены бежать из своей страны вследствие угрозы жизни (9,8 %). Риск возникновения психозов среди беженцев был выше, не только в сопоставлении со шведами, но и в сравнении с экономическими мигрантами, даже если они происходили из одной и той же страны. После коррекции данных в соответствии с полом, возрастом, социально-экономическим статусом разница в присутствии повышенного риска возникновения шизофрении и не аффективных психозов среди беженцев и детей первого поколения беженцев сохранилась (Hollander, et al., 2016).

Различные исследования указывают на то, что частота посттравматического стрессового расстройства примерно в десять раз выше среди беженцев и лиц, ищущих убежище, чем среди населения в стране пребывания в целом (Fazel et al., 2005; Crumlish et al., 2010).

Немаловажным является вопрос различия подходов к диагностике ПТСР в международной статистической классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10, Всемирная организация здоровья, 1992 год) в сравнении с критериями в диагностическом статистическом руководстве психических расстройств 5-го пересмотра (DSM-5), опубликованного в 2013 году. Данную дискуссию на конгрессе инициировал итальянский психиатр

Mario Maj. Во-первых, за 20 лет (разница во времени изданий) многое в медицине изменилось, начиная от расширенных диагностических возможностей, до подходов в лечении, а главное, в предотвращении заболеваний. МКБ-10 включает все нозологии, тогда как DSM-5 — только психические расстройства, МКБ написана для врачей общей практики, соответственно содержит упрощенную информацию, а DSM написана психиатрами — для психиатров (Maj, 2017). ПТСР официально вошло в классификацию психических расстройств (DSM-III) в начале 80-х, а в МКБ-10 — в 1992 году (МКБ-9 включала «острую реакцию на стресс» и «расстройство адаптации»). МКБ-10 содержит критерий относительно времени после воздействия травматического события, в течение которого могут возникнуть симптомы ПТСР, это максимум шесть месяцев. В то же время, исследования показывают, что среди переселенцев под действием социально-экономических факторов часто наблюдается отсроченное начало первых симптомов посттравматического расстройства, чаще — в условиях ассимиляции к новой среде, когда отсутствует реальная угроза жизни (Bogic et al., 2015). В DSM-5 от этого временного ограничения отказались. В последнем издании были пересмотрены и другие диагностические критерии.

Частота и интенсивность ПТСР зависят от типа травматического воздействия. Травматические переживания вследствие изнасилования, пренебрежения в детстве, физического насилия, пыток, сексуального домогательства, войны и угрозы жизни с оружием, похищения или задержания в заложниках коррелируют с повышенным уровнем возникновения ПТСР (Kessler, et al., 1995). Наиболее серьезные последствия наблюдаются вследствие травм второго типа, нанесенных другими людьми (табл. 2).

Таблица 2. Травмы первого и второго типа

	Травма в результате несчастного случая	Межличностная травма / нанесенная человеком
Травма первого типа (I) <i>единичный, неожиданный случай острой угрозы жизни</i>	Дорожная авария Производственная травма (полиция, пожарные) Несчастный случай на работе Непродолжительные природные катастрофы (ураган, удар молнией)	Криминальное преступление и физическое насилие Сексуальное насилие Вооруженное нападение
Травма второго типа (II) <i>повторяющееся, продолжительное, непредсказуемое течение</i>	Продолжительные стихийные бедствия (наводнение, землетрясение) Техногенные катастрофы (утечка ядовитого газа, выброс радиоактивных веществ)	Сексуальное и физическое насилие в детстве Взятие в плен, заложники Пытки и политическое тюремное заключение Холокост (заключение в концентрационный лагерь)

При исследовании вопроса коморбидности при ПТСР было обнаружено, что лица с предмиграционной травмой будут страдать более чем одним психическим расстройством. Об этом сообщает исследование, посвященное изучению выраженности и коморбидности ПТСР среди переселенцев, которые прибыли в Германию. В центре приема беженцев в период с 2012 по 2015 год социальными работниками при помощи скрининговой шкалы PROTECT было опрошено 22 942 человека. В результате скрининга 182 переселенца были направлены в клинический центр экспертизы, а 85 были включены в исследование. Далее их психическое состояние оценивалось при помощи следующих диагностических методик: опросник выявления ранней травмы (Early trauma inventory, ETI) самоопросник психопатологических симптомов (Screening checklist-90-revised, SCL-90-R) и шкала депрессии Бэка (Beck depression inventory II, BDI II). В результате

у 93,3 % респондентов было выявлено психическое расстройство; 88,2 % имеют диагноз большого или рекуррентного депрессивного расстройства; 81,2 % — ПТСР. 96,5 % респондентов сталкивались с травматическими событиями, среди них 91,5 % — с множественными травмами, все нанесены человеком. Вероятность коморбидности ПТСР с депрессивным эпизодом составила 78,8 % случаев (Belz et al., 2017, in print).

Если после миграции и всех ее перипетий человек попадает в безопасные и поддерживающие условия, высок шанс того, что последствия травматических событий уйдут бесследно, произойдет «естественное самозлечение». В своем докладе Iris Tatjana Graef-Calliess представила рекомендации от канадского объединения здоровья иммигрантов и беженцев, которые призывают не подталкивать к обсуждению деталей травматического события людей, которые функционируют и справляются

хорошо (Graef-Calliess, 2017). Рекомендована особа бдительность в отношении следующих симптомов: неожиданные соматические симптомы, нарушение сна, депрессия, панические атаки; проводить клиническую оценку выраженности симптомов стоит в соответствии с нарушением функционирования (в профессиональной сфере, выполнении домашних обязанностей и качестве общения с близкими и друзьями), к которому данные симптомы приводят. Короткие скрининговые инструменты переоценивают уровень выраженности болезни, так как фокусируются исключительно на симптомах. Активный расспрос, просьба припомнить детали травматических событий, раскрытие сложных для переживания воспоминаний может серьезно навредить, вызывая переход травматической памяти из краткосрочной в долгосрочную и повышая риск возникновения ПТСР. Не существует клинических исследований, демонстрирующих пользу от использования рутинного скрининга ПТСР. Рекомендации придают больше значения предотвращению возможного вреда от использования рутинных скрининговых процедур при отсутствии четких доказательств их пользы (Pottie et al., 2011).

Danuta Wasserman отдельное внимание в своем докладе уделила теме исследования уровня суицидальности среди переселенцев (Wasserman, 2017). Многие исследователи выявили высокий уровень суицидаль-

ности (91,7 %) среди переселенцев (Altunoz et al., 2016). Количество обращений за психиатрической помощью при этом находится на очень низком уровне. Например, время, которое необходимо чтобы получить доступ к психиатрической помощи в Германии после того, как первые симптомы психического заболевания возникли, составляет в среднем 15,2 месяца ($\pm 11,7$). Такие задержки связаны с серьезными затруднениями в организации специализированной помощи данной категории пациентов.

Смертность вследствие суицида выше среди переселенцев в сравнении с населением страны, куда они вынуждены были бежать, и даже выше в сравнении с населением страны, из которой они бежали. Наблюдается закономерное повышение и уровня попыток суицида. Danuta Wasserman подчеркнула, что количество исследований в направлении суицидологии среди беженцев ограничено, в то же время в них существует высокая потребность.

Cornelius J. Laban, эксперт в теме превенции суицидов, в своем докладе о суицидальном поведении среди переселенцев (на примере Нидерландов) отдельное значение уделил риск-факторам суицидальности (Laban, 2017). Условно их можно разделить на биопсихологические, социокультурные и факторы, связанные с окружающей средой (табл. 3).

Таблица 3. Риск факторы суицидальности

Биопсихологические	Социокультурные	Средовые
Психиатрический диагноз (шизофрения, тревожные и некоторые расстройства личности) Зависимость от алкоголя, психоактивных веществ Чувство безнадежности Импульсивные/агрессивные тенденции Травма или жестокое обращение в анамнезе Серьезные соматические болезни Попытка суицида в прошлом Суицид в семье	Недостаток социальной поддержки и чувство отчужденности Новости в СМИ о тех, кто покончил жизнь самоубийством Преграды в доступе к психиатрической помощи или лечению зависимости Социальные убеждения (суицид — благородный способ избавиться от проблем) Стигматизация поведения, ассоциированного с поиском помощи	Утрата работы и финансовой стабильности Утрата отношений или социального окружения Легкий доступ к летальным веществам Групповые суициды, оказывающие контактное воздействие

Беженцы сталкиваются с большим количеством риск-факторов и часто имеют слишком мало защитных факторов в своем арсенале (рис. 4).

Факторы защиты от суицида

- Крепкие семейные связи и поддержка окружения
- Рабочий альянс, помощь специалистов в области психического здоровья
- Эффективное лечение психических, физических заболеваний и зависимостей
- Навыки решения проблем, конфликтов и споров (без жестокости)
- Культурные и религиозные верования, которые препятствуют суициду
- Цели в жизни

Рис. 4. Факторы защиты от суицида

Доклад носил практический характер и Cornelius J. Laban тут же представил возможные пути решения и рекомендации по предотвращению суицидального поведения (рис. 5).

Превенция суицида в клинической практике

- На первой встрече исследуйте жалобы, степень ранимости, личностную устойчивость и степень социальной поддержки
- Спросите о желании умереть, суицидальных мыслях и планах
- Спросите как он/она поступали в сложных ситуациях в прошлом
- Спросите о мотивах жить дальше, стараясь преодолеть трудности
- Инвестируйте в рабочий альянс

Рис. 5. Превенция суицида в клинической практике

Программа предотвращения суицидального поведения должна учитывать наличие в команде хорошо подготовленных специалистов (которые могут предложить эффективные терапевтические программы и стратегии), сотрудничество с общесоматическими и психиатрическими больницами, атмосферу коллегиальности, активной поддержки и текущей интервизии или супервизии.

Доступ к системе здравоохранения для переселенцев сильно различается между странами. Давление

и стресс, с которыми сталкиваются беженцы, вызывают трудности и замедляют выздоровление. Ограничение доступа к здравоохранению способствует дальнейшему ухудшению общего состояния здоровья и, особенно, нарушению психического здоровья среди беженцев. В вопросе организации помощи до сих пор не найдено единого решения.

«Предотвращение — лучшее лечение»

Переселенец — это человек, который потерял свое прошлое и имеет неопределенное будущее. Следовательно, лечение должно начинаться с установления доверия. Прошлый опыт стал для беженцев серьезным испытанием всех их базовых принципов и убеждений, в том числе, что «людям можно доверять». Ключевыми клиническими элементами процесса выздоровления являются эмпатия, утешение, активная поддержка (Graef-Callies, 2017).

Iris Tatjana Graef-Callies в докладе, посвященном работе с иммигрантами, страдающими ПТСР, говорила о высокой эффективности травма-фокусированных психотерапевтических подходов, что было доказано многими исследователями (Palic, Elkft, 2011; Nickerson et al., 2011) и описано в систематических мета-анализах (Heide, et al., 2016). Спикер отметила особую эффективность нарративной экспозиционной терапии (NET) и культурально адаптированной когнитивно-поведенческой психотерапии (CA-CBT). Всем переселенцам, наряду с другими рекомендациями лечения ПТСР, следует пройти курс травма-фокусированной психотерапии. В ходе терапии стоит обратить внимание на выявление сопутствующих симптомов депрессии, жестокого обращения в детстве, насилия со стороны партнера. Эти диагностические интервенции усиливают терапевтический альянс, приверженность терапии и улучшают исход болезни.

Фармакотерапевтические рекомендации, в соответствии с руководством Национального института здоровья и совершенствования помощи Объединённого Королевства (NICE), представлены на рисунке 6.

Фармакотерапевтические рекомендации

- СИОЗС (Escitalopram, Sertraline) или СИОЗН (Venlafaxine) — препараты первой линии выбора (в Германии — Paroxetine)
- в случае отсутствия эффекта от СИОЗС: Olanzapine, Risperidone (Pae et al., 2008)
- при нарушении сна: седативные антидепрессанты (Trittico, Agomelatine)
- при напряжении: Quetiapine, Promethazine
- при острых диссоциативных симптомах: Lamotrigine
- следует избегать назначения бензодиазепинов, так как они вызывают зависимость и ухудшают диссоциативную симптоматику (Flatten et al., 2001; Schellong, 2015)

Рис. 6. Фармакотерапевтические рекомендации NICE при ПТСР у переселенцев

Общие рекомендации по организации помощи переселенцам содержат несколько важных пунктов. Во-первых, поддержание социальной интеграции при помощи предоставления жилья, образования, трудоустройства. Во-вторых, необходимы дополнительные сервисы, которые бы оказывали помощь переселенцам, необходима координация работы различных служб

в этом секторе, интеграция получения соматических и психиатрических консультаций. Остро стоит вопрос отсутствия или ограниченного количества информации о службах и сервисах, оказывающих квалифицированную помощь, как для тех, кто в ней нуждается, так и для профессионалов других специальностей. В-третьих, необходим тренинг специалистов в области психического здоровья. Речь не только о теоретических знаниях в лечении и предотвращении психической травмы, но и о приобретении навыков преодоления языковых и транскультуральных барьеров.

В данном обзоре приведены данные о высокой заболеваемости психическими расстройствами и повышенном уровне суицидальности среди переселенцев. Доступ к специализированной помощи — ограничен, в связи с этим возникает хронификация процесса, сложности интеграции в новом обществе, возрастает преступность. Таким образом, мы видим неминуемые последствия непрекращающихся войн и неудачи в попытках разрешить или предотвратить конфликты. В это тяжелое время мы испытываем кризис сострадания и солидарности. Перед психиатрией стоит сложная задача — усовершенствовать систему охраны психического здоровья для данной категории пациентов, и в тоже время — не фармаколизировать социальный феномен, а развивать культуральную чувствительность, исследовать различия, желание узнать и понять уникальность другого.

Список литературы

1. Abbott A. The troubled minds of migrants // *Nature*. 2016. Vol. 538. P. 158—160.
2. Altunoz U., Nunez S. C., Callies I. G. Mental health of traumatized refugees and asylum seekers: Experiences of a centre of transcultural psychiatry in Hannover, Germany // *European Psychiatry*. 2016. Vol. 33. P. S492.
3. Bhugra D. Identifying and managing mental health needs of homeless individuals // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. S7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.008>.
4. Bogic M., Njoku A., Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review // *BMC international health and human rights*. 2015. Vol. 15. P. 29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
5. Crumlish N., O'rourke K. A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers // *The Journal of nervous and mental disease*. 2010. Vol. 198 (4). P. 237—251. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181d61258.
6. Foa E. B., Keane T. M., Friedman M. J. Guidelines for treatment of PTSD // *Journal of Traumatic Stress*. 2000. Vol. 13, No. 4. P. 539—588.
7. Galderisi S. Opening ceremony. Florence : Programme of the 25th EPA Congress, 2017.
8. Graef-Callies, I. T. Working with traumatized immigrants with a PTSD diagnosis // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S031. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.105>.
9. Heide F. J. J. T., Mooren T. M., Kleber R. J. Complex PTSD and phased treatment in refugees: A debate piece // *European Journal of Psychotraumatology*. 2016. Vol. 7, Issue 1. P. 28687. doi: 10.3402/ejpt.v7.28687.
10. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden / Hollander A. C., Dal H, Lewis G. [et al.] // *BMJ*. 2016. Vol. 352. P. i1030. doi: 10.1136/bmj.i1030.
11. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey / Kessler R. C., Sonnega A, Bromet E., [et al.] // *Arch Gen Psychiatry*. 1995. Vol. 52 (12). P. 1048—1060.
12. Küey, L. How to deal with growing racism and discrimination against refugees and asylum seekers in Europe? // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S24.

13. Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands / Laban C. J., Gernaat H. B., Komproe I. H. [et al.] // The Journal of nervous and mental disease. 2004. 12 : Vol. 192 (12). P. 843—851.

14. Laban C. J. Suicidal behaviour among asylum seekers in the Netherlands; prevalence, background and prevention // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S24.

15. Depression and anxiety in labor migrants and refugees — A systematic review and meta-analysis / Lindert, J., Ehrenstein O. S., Priebe S., [et al.] // Social Science & Medicine. 2009. Vol. 69 (2). P. 246—257. doi: 10.1016/j.socscimed.2009.04.032.

16. Maj, M. DSM-5, ICD-11, RDoC and the future of psychiatric classification // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S31.

17. Maj, M. Psychiatry. 2017: Acknowledging complexity while avoiding defeatism : Plenary lecture // European Psychiatry. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S31.

18. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees / Pottie K., Greenaway C., Feightner J. [et al.] // CMAJ. Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health (CCIRH), 2011. Vol. 183 (12). E824—925. DOI 10.1503/cmaj.090313.

19. Schouler-Ocak, M. Introduction: The Relevance of Trauma Among Immigrants. In: Trauma and Migration / Schouler-Ocak M.

(eds). Springer International Publishing, 2015. P. 3—8. DOI: https://doi.org/10.1007/978-3-319-17335-1_1.

20. UNHCR. Statistical Yearbook 2014 / The United Nations High Commissioner for Refugees. 2015. P. 8, 21, 33. URL : <http://www.unhcr.org/statistics>.

21. UNHCR. The UN Refugee Agency, Convention and protocol relating to the status of refugees. UNHCR, 01.12.2010. 04.11.2016. URL : <http://www.unhcr.org/3b66c2aa10>.

22. Wasserman, D. Suicide risk in refugees and asylum seekers // European Psychiatry. 2017. Vol. 41, Suppl. : Abstract of the 25th European Congress of Psychiatry. P. S35—S36.

Надійшла до редакції 26.10.2017 р.

ФРАНКОВА Ирина Александровна, ассистент кафедры психосоматической медицины и психотерапии Национального медицинского университета имени А. А. Богомольца, г. Киев, Украина; e-mail: iryna.frankova@gmail.com

FRANKOVA Iryna, Assistant of Department of psychosomatic medicine and psychotherapy of the Bohomolets's National Medical University, Kyiv, Ukraine; e-mail: iryna.frankova@gmail.com

ІНФОРМАЦІЙНЕ ПОВІДОМЛЕННЯ

ШАНОВНІ КОЛЕГИ!

Громадська організація «Асоціація неврологів, психіатрів і наркологів України» (<http://www.inpn.org.ua/page-statut.html>) та Громадська організація Екологічне здоров'я людини (www.humeco.org.ua) запрошують Вас взяти участь у роботі школи-семінару для молодих психіатрів та наркологів в м. Одесі, яку проводить Європейський Коледж нейропсихофармакології (ECNP) (www.ecnp.eu/about-ecnp.aspx).

Семінар відбудеться **20—22 квітня 2018 в м. Одесі**.

Мета семінару: підвищення кваліфікації молодих лікарів, знайомство з новими тенденціями в нейропсихофармакології, можливості спілкування та встановлення нових контактів. В межах семінару будуть розглядатися проблеми постстресових розладів, суїцидів та аддикцій.

Для участі у школі-семінару запрошуються лікарі-психіатри, клінічні психологи, лікарі-наркологи, лікарі-психотерапевти віком **до 35 років**. Для участі в семінарі необхідно заповнити та подати в оргкомітет **аплікаційну форму**, що складається з відомостей про учасника та 2-х документів англійською мовою:

1. Коротке резюме (про себе, освіта, робота, інтереси, досягнення).
2. Тези (50—100 слів) дослідження (проекту), в якому Ви брали участь, берете участь або який планується, або опис клінічного випадку.

Форма прикладена до цього листа.

Вибір учасників здійснюється експертами ECNP на підставі аналізу наданих резюме та тез. Обрані для участі 50 осіб під час семінару мають виступити з 10-хвилинною презентацією (не більше 10 слайдів, Power Point) англійською мовою. Презентація може бути присвячена дослідженню або клінічним випадкам.

Програма семінару включає пленарні сесії з доповідями провідних фахівців, паралельні сесії (представлення молодими вченими своїх презентацій) з дискусіями, запитаннями та відповідями.

Заняття проводяться під керівництвом 3-х професорів з України та 3-х професорів зі складу ECNP. Професорсько-викладацький склад забезпечує високий рівень викладання та дискусій і на місці приймає рішення про нагородження кращих учасників.

Від 3 до 5 кращих доповідей будуть відзначені премією, яка являє собою грант на участь у черговому конгресі ECNP. Грант вручається за умови, що номінант подав тези на конгрес і вони були прийняті як стендове повідомлення.

Учасники семінару забезпечуються проживанням та харчуванням на весь період його проведення. Тільки витрати на проїзд учасників до Одеси є відповідальністю учасників.

Заявку на участь у симпозиумі (аплікаційну форму та тези) просимо надіслати до 15 січня 2018 р. на електронну адресу Ill.mentalhealth.conference@gmail.com.

Підтверджені кандидати будуть поінформовані про включення до складу групи в березні 2018.

З повагою,

ОРГКОМІТЕТ

ECNP SEMINAR UKRAINE 2018: APPLICATION FORM

A. Personal Information

Title	
First name	
Family name	
Gender	Male/Female
Date of birth	

B. Contact Details

Institute	
Department	
Address	
Postal code	
City	
Country	
Telephone	
Fax	
E-mail	

C. Curriculum Vitae

Please copy your CV in the box below

Application form

Page 1 of 2

D. Abstract

Please copy your short abstract in the box below (50—100 words)

Application form

Page 2 of 2

Просим высылать заполненную форму по адресу: Ill.mentalhealth.conference@gmail.com

Обращаем Ваше внимание: в адресе почты первые три буквы — латинское I (от life long learning).