

Н. А. Трегубова

N. A. Tregubova

Патопсихологічна і клініко-психопатологічна характеристика хворих на психо вегетативні розлади*Кримський державний медичний університет
ім. С. І. Георгієвського (Сімферополь)*

У дослідженні була визначена патопсихологічна і клініко-психопатологічна структура психо вегетативних розладів. Усі обстежені хворі з психо вегетативними розладами були поділені на групи порівняння, які включали соматоформну вегетативну дисфункцію серця і серцево-судинної системи і артеріальну гіпертензію. Загальноневротичні синдроми були виражені тривожним, obsesivno-fobichnim, astenichnim, домінував високий рівень особистісної тривожності, перевагував симпатичний відділ вегетативної нервової системи. На підставі отриманих даних дослідження були розроблені диференційовані психокоригувальні заходи для хворих на психо вегетативні розлади, які спрямовано впливали на психоемоційний статус і вегетативну реактивність.

Pathopsychological and clinical-psychopathological characteristic of patients with psychovegetative disorders*Crimean State Medical University named after S. I. Georgievsky
(Simferopol')*

Pathopsychological and clinical-psychopathological structure of psychovegetative disorders was established in article. All surveyed patients with psychovegetative disorders were divided into comparative groups for observing of somatoform vegetative dysfunction of heart or cardiovascular system and arterial hypertension. The general neurotic syndromes were presented by anxious, obsessive-fobical and asthenic syndromes. High level of personal anxiety was dominated and sympathetic part of VNS was predominating in these groups of patients.

On the base of getting results the differential psychocorrective programs were development out for patients with psychovegetative disorders. These measures act directly on the psychoemotional status and vegetative reactivity.

УДК: 616.85

О. О. Хаустова

Український НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ (Київ)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ МІШЕНІ ПСИХОСОМАТИЧНОГО ПАЦІЄНТА НА ПРИКЛАДІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X (СОЦІОПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ)

За останні десятиліття порушення в обміні речовин, що є, без усякого перебільшення, основою життя кожного живого організму, привело до різкого зростання метаболічного синдрому X (МСХ), який називають ще «хворобою занадто розвинутої цивілізації». Головна причина виникнення цього синдрому — «сите життя». Назва цього захворювання походить від слова «метаболізм», що є синонімом такого поняття як «обмін речовин».

Метаболічний синдром X визначається як складний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що часто зустрічається та заслуговує великої уваги клініцистів. У III доповіді групи експертів з лікування дорослих (АТР III) Національної освітньої програми з холестерину (США) [7] визначено шість головних компонентів цього синдрому: абдомінальне ожиріння, атерогенна дисліпідемія, підвищений артеріальний тиск, резистентність до інсуліну + порушення толерантності до вуглеводів (ПТГ), прозапальний стан, протромботичний стан. Пусковим механізмом розвитку метаболічного синдрому X виступає підвищена активність симпато-адреналової системи.

Поширеність метаболічного синдрому із віком збільшується, особливо в середній віковій групі, і досягає максимуму серед літніх. Частота метаболічного синдрому із деяким відставанням наближається до поширеності ожиріння в популяції. У США біля третини осіб з надлишковою масою тіла та/або ожирінням мають метаболічний синдром за критеріями АТР III [5]. Поширеність МСХ збільшується з 6,7 % у віковій групі 20–29 років до 43,5 % у віці 60–69 років. У віці 70 років і більше вона складає 42,0 %. Оскільки в переважній більшості пацієнтів в основі розвитку МСХ лежать неправильне харчування і низька фізична активність, висока поширеність цього синдрому свідчить про необхідність термінових заходів для боротьби з епідемією ожиріння і гіподинамії [1–6, 9, 13–15]. За даними National Institutes of Health, люди з за-

йвою масою в 2,9 рази частіше хворіють на діабет; у 2,6 рази частіше страждають розладами сну; удвічі частіше впадають у депресію, відчувають біль в спині й у суглобах; у 1,7 рази мають підвищений рівень холестерину в крові; в 1,3 рази частіше страждають на алергію [12, 14–16]. Не меншу проблему складає і проблема підвищеного тиску. На думку P. Kearney et al. (2005), дані аналізу 30 популяційних досліджень, що включили більш 700 тис. осіб із усіх регіонів світу свідчать про те, що зростання захворюваності на гіпертонію — це провісник всесвітньої епідемії серцево-судинних захворювань [цит. за 6]. У 2000 р. 26,4 % дорослого населення планети страждали на гіпертонію, до 2025 р. поширеність гіпертонії серед дорослого населення Землі може досягти 29,2 %. У розвинутих країнах поширеність гіпертонії зростає на 24 %, у країнах, що розвиваються — на 80 %. Дослідники вказують на те, що необхідно не тільки поліпшення поінформованості, лікування і контролю гіпертонії, але і посилення програм первинної профілактики. Особлива увага приділяється зміні способу життя на популяційному рівні, що, на думку авторів, повинно привести до зниження поширеності гіпертонії.

Метаболічний синдром X, як визнаний чинник серцево-судинного ризику, впливає не тільки на рівень здоров'я, але й на смертність населення. За даними проспективного популяційного когортного дослідження зв'язку МСХ із загальною і серцево-судинною смертністю виявлено, що незалежно від обраних критеріїв, чоловіки з МСХ мали як мінімум у 2,9 рази вище ризик смерті від ішемічної хвороби серця, ніж здорові особи. Причому, зв'язок МСХ і смертності мав місце навіть при первинній відсутності серцево-судинної патології або діабету [4, 8].

Про початок захворювання свідчать: надлишок маси тіла (обхват живота перевищує у жінок та чоловіків європейської раси відповідно 80 см та 94 см); постійне почуття втоми і виснаження; неояснені

спалахи сильного голоду і періодично виникаюче бажання з'їсти що-небудь солодке; явні емоційні розлади — дратівливість, приступи гніву, люті і панічного страху, що переходять у стан слізливості [6]. Виявлено наявність залежних співвідношень між метаболічним синдромом Х та такими хворобливими станами як ендормні психічні розлади; розлади хронобіології; енцефало- та вісцеропатії; тривожні та депресивні розлади. Крім того, у захворілих відбувається ослаблення імунітету, через це знижується стійкість до інфекцій, виникає ризик розвитку онкологічних захворювань, настає передчасна старість. Таким чином, МСХ — це хвороба настільки серйозна, що є в даний час однією з пріоритетних проблем медицини.

Психосоматичний підхід до механізму формування метаболічного синдрому Х указує, що це — хвороба тривоги і страху, прихованої агресії й алекситимії. Особлива роль у формуванні метаболічного синдрому Х приділяється підвищеній ворожості та прихованим формам агресії, втраті почуття екзистенційної безпеки [1, 9–12].

Дитинство та юність виявляються найбільш впливовими етапами на формування актуальних життєвих стратегій людини, бо це періоди збільшеної мозкової пластичності. Хронічна активація системи відповіді на стрес утягується у патологічний цикл збільшення гіперглікемії, гіперхолестеринемії і потреби в інсуліні, що надалі може клінічно виявитися у вигляді метаболічного синдрому Х [16]. Потреба у безпеці зберігається протягом усього життя, а отримані в дитинстві психосоціальні травми стають підґрунтям для хвороби. Втрата, або навіть потенційна втрата любові, звичайно сприймається мозком як загроза й активізує ті ж самі механізми, як при реакції на інші стресорні фактори з подальшим формуванням метаболічного синдрому Х.

В усіх сучасних посібниках із впливу на окремі компоненти метаболічного синдрому особливо підкреслюється, що модифікація способу життя (зниження маси тіла і збільшення фізичної активності) є основним засобом корекції метаболічних факторів ризику (модифікація способу життя — терапія першої лінії). Основна мета включення концепції метаболічного синдрому в АТР III — це підкреслення потреби в більш інтенсивній «терапії способом життя» як засобі попередження. Це спроба поставити на перше місце зміну способу життя як засіб профілактики серцево-судинних захворювань у хворих з їх високим ризиком, а медикаментозна терапія розглядається як вторинна міра.

У багатьох дослідженнях, присвячених метаболічному синдрому Х та його окремим складовим (ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет, атеросклероз), наголошується на тому, що навіть безперервне медикаментозне лікування недостатнє для підтримання високої якості життя пацієнтів. Головним у лікуванні таких пацієнтів, за думкою фахівців, є зміна способу життя. З цієї метою до схеми лікування приєднувалася психотерапевтична інтервенція, яка передбачала корекцію психічних проявів, що виникали як реакція організму на соматичну хворобу [3, 8, 14–16, 20].

Обстеження 316 пацієнтів проводилось в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології та обміну речовин АМН України; в ендокринологічному, кардіологічному та психоневрологічному

відділеннях ДКЛ № 1 та № 2 ст. Київ. Нами було проаналізовано психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта». До уваги брали найбільш загальні соціодемографічні показники: вік, стать, освіта, тип професії, сімейний стан, склад сім'ї. Зібрано докладну інформацію про батьківську родину та її вплив на подальше життя пацієнта; особливості сімейного та особистого анамнезу пацієнта, його актуальний фізичний стан та скарги; бачення пацієнтом своєї хвороби та його очікування щодо терапевтичного втручання. «Модальний аналіз існуючих проблем» (окремий діагностичний блок) відобразив різні моменти протягом життя хворих на метаболічний синдром Х, що є неусвідомленими та витісненими, з метою подальшого формування ряду психотерапевтичних «мішеней».

Соматична діагностика метаболічного синдрому Х проводилася за рекомендаціями ВООЗ згідно з АТР III (Adult Treatment Pannel) 2001 (США) та доповнень консенсусу експертів Міжнародної Діабетичної Федерації (2005). Наявність до 3-х будь-яких наведених факторів (табл. 1) свідчила про неповний метаболічний синдром Х (НМСХ), більше 3-х факторів — про повний метаболічний синдром Х (МСХ).

Таблиця 1

Діагностичні критерії метаболічного синдрому Х

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 94 см, жінки > 80 см (для європейської раси)
Тригліцериди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Холестерин (ліпопротеїни високої щільності)	Чоловіки < 1,04 ммоль/л (< 40 мг/дл) Жінки < 1,29 ммоль/л (< 50 мг/дл)
Артеріальний тиск	> 130/85 мм рт. ст.
Глікемія	≥ 5,6 ммоль/л (≥ 100 мг/дл), або наявність в анамнезі діабету чи порушення толерантності до глюкози

За даними обстеження 316 пацієнтів отримано такі дані (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл обстежених осіб за віком (n = 316)

Групи	Контрольна (n = 52)		НМСХ (n = 136)		МСХ (n = 128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Вік, роки						
до 20	1	1,92	2	1,47	—	—
21–30	4	7,69	6	4,41	6	4,69
31–40	24	46,15	68	50,00	59	46,09
41–50	15	28,85	41	30,15	43	33,59
51–60	5	9,62	14	10,29	14	10,94
понад 60	3	5,77	5	3,68	6	4,69

Вік обстежених нами пацієнтів був від 19 до 63 років, із переважанням осіб середнього віку (31–40 років — 47,79 %; 41–50 років — 31,33 %). Середній вік обстежених контрольної групи склав $44,81 \pm 2,17$, групи НМСХ — $45,07 \pm 2,34$, а групи МСХ — $46,02 \pm 2,26$ років. Вірогідної різниці між групами за середнім віком не визначено, що й було передбачено критеріями включення до дослідження. Переважна

ураженість цією патологією осіб працездатного віку вказує на вагому соціальну значимість цієї медичної проблеми. Такий розподіл хворих на даному етапі обстеження, на наш погляд, обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих та підвищеною смертністю осіб з важкими серцево-судинними хворобами. Дані літератури також вказують на метаболічний синдром Х як на хворобу зрілого віку, але й відмічають значне «омолодження» розладу з появою його у дітей та підлітків [8, 14].

Таблиця 3
Розподіл обстежених осіб за статтю (n = 316)

Групи	Контрольна (n = 52)		НМСХ (n = 136)		МСХ (n = 128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Чоловіки	34	65,38	84	61,76	82	64,06
Жінки	18	34,62	52	38,24	46	35,94

В обстеженому контингенті переважали чоловіки. Відповідно, в контрольній групі їх кількість сягала 34 осіб (65,38 %), в групі НМСХ — 84 особи (61,76 %), в групі МСХ — 82 особи (64,06 %). В контрольній групі

жінок було 18 осіб (34,62 %), в групі НМСХ — 52 особи (38,24 %), в групі МСХ — 46 осіб (35,94 %). Достовірна різниця в групах за розподілом за статтю відсутня згідно з критеріями включення до дослідження.

Більше половини обстежених осіб мали середній спеціальний рівень освіти — 177 (56,01 %), причому в групі осіб з МСХ їх кількість вірогідно більша ($p < 0,05$). Крім того, ми з'ясували, що більш високий освітній рівень притаманний особам контрольної та НМСХ груп в порівнянні з групою МСХ ($p < 0,01$). Таке співвідношення освітнього рівня з наявністю МСХ було відмічено в інших дослідженнях [12, 14].

Таблиця 4
Розподіл обстежених осіб за освітою (n = 316)

Освіта	Контрольна (n = 52)		НМСХ (n = 136)		МСХ (n = 128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Н/середня	2	3,85	6	4,41*	8	6,25**
Середня	7	13,46	20	14,71	21	16,41**
Сер. спец.	28	53,85	71	52,21	78	60,94*
Н/вища	4	7,69	13	9,55*	4	3,13**
Вища	11	21,15	26	19,12*	17	13,27**

* — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$

Таблиця 5
Розподіл обстежених осіб за типом професії (n = 316)

Тип професії	Контрольна (n = 52)		НМСХ (n = 136)		МСХ (n = 128)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
людина — людина	19	36,54	69	50,74*	64	50,00*
людина — техніка	9	17,31	21	15,44	33	25,78
людина — знакова система	16	30,76	42	30,88	26	20,31
людина — природа	3	5,77*	—	—	2	1,56
людина — художній образ	5	9,62*	4	2,94	3	2,35

* — $p < 0,05$

Звертає на себе увагу вагоме переважання осіб з необхідністю спілкування протягом робочого часу в групах НМСХ та МСХ (відповідно 50,74 % та 50,00 %), причому в частині професій (речник, секретар, машиніст, оператор, диспетчер і т. д.) існує чіткий регламент перемовин. Це обумовлює не вільне спілкування, а його обмеження. Кількість осіб з професіями вільної комунікації (людина — природа, людина — художній образ) значно обмежена та

переважає в контрольній групі (15,38 %). Задоволено своєю роботою тільки 139 осіб (43,99 %).

Таблиця 6
Незадоволення нинішньою роботою (n = 316)

Контрольна група		Група НМСХ		Група МСХ	
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
16	30,77	95	69,85*	66	51,56*

* — $p < 0,05$

Таблиця 7
Причини незадоволення роботою (не більше 3 причин)

Групи незадоволених роботою осіб	Контрольна (n = 16)		НМСХ (n = 95)		МСХ (n = 66)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Низька зарплатня	9	56,25	56	58,95	39	59,09
Низький соціальний статус	5	31,25	66	69,47	26	39,39
Невигідний графік	3	18,75	7	7,37	4	6,06
Конфлікти в колективі	2	12,50	39	41,05	13	19,69
Прискіпливість керівництва	1	6,25	33	34,74	9	13,64
Невдале розташування місця роботи	1	6,25	2	2,11	7	10,61
Вимушене надмірне (інтенсивне) спілкування	—	—	18	18,95	27	40,91
Інше	3	18,75	6	6,32	5	7,58

Кількість незадоволених нинішньою роботою осіб вірогідно переважає в групі НМСХ (69,85 %), дещо менша в групі МСХ (51,56 %) в порівнянні з контрольною групою (30,77 %).

Загальною причиною незадоволення роботою для всіх трьох груп виявилася низька зарплатня, на що вказувало відповідно 56,25 % незадоволених осіб контрольної групи, 58,95 % із загальної кількості незадоволених НМСХ групи та 59,09 % незадоволених осіб МСХ групи. Разом з тим, особи контрольної групи виявилися найбільш чутливими до невігідного графіка роботи (18,75 %) в порівнянні з групами НМСХ (7,37 %) та МСХ (6,06 %).

Для групи НМСХ найбільш обтяжливими виявилися: низький соціальний статус (69,47 % порівняно

з 31,25 % в контрольній групі та 39,39 % в групі МСХ); конфлікти в колективі (41,05 % порівняно з 12,50 % в контрольній групі та 19,69 % в групі МСХ); прискіпливість керівництва (34,74 % порівняно з 6,25 % в контрольній групі та 13,64 % в групі МСХ). В групі МСХ пацієнти наголошували на невдалому розташування місця роботи (10,61 %) та вимушеному надмірному інтенсивному спілкуванні (40,91 %). Останню причину вказували й особи з групи НМСХ (18,95 %), в той час як для осіб контрольної групи вона була не важливою. Такі дані вказують на наявність проблемних міжособистісних стосунків з відповідною деформацією комунікативних зв'язків в групах НМСХ та МСХ, причому для осіб групи МСХ притаманна більша астенизація.

Таблиця 8

Розподіл обстежених осіб за родинним станом (n = 316)

Родинний стан	Групи	Контрольна		НМСХ		МСХ	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Неодружений (незаміжня)		2	3,85	7	5,15	5	3,91
Одружений (заміжня)		32	61,54*	71	52,21	75	58,59
Розлучена (ий)		3	5,77	24	17,64*	24	18,75*
Вдівець (вдова)		2	3,85	17	12,50*	11	8,59
Незареєстрований шлюб		4	7,68	11	8,09	6	4,69
Новий шлюб		9	17,31*	6	4,41	7	5,47

* — $p < 0,05$

Серед обстежених осіб в усіх групах більшість має шлюбні відносини (відповідно 86,54 % в контрольній групі, 64,71 % в групі НМСХ, 68,75 % в групі МСХ), причому в контрольній групі вірогідно переважає як загальний показник сумісного проживання, так і відносна кількість нових шлюбів (17,31 % в контрольній групі порівняно з 4,41 % в групі НМСХ та 5,47 % в групі МСХ). Разом з тим, показник розлучених се-

ред осіб з НМСХ та МСХ втричі перевищує показник у контрольній групі. Кількість вдових осіб також значно вища в групах НМСХ та МСХ в порівнянні з контрольною групою (відповідно 12,50 % в групі НМСХ; 8,59 % в групі МСХ; 3,85 % в контрольній групі). Деякі літературні джерела також вказують на сумісне проживання як запобіжний чинник серцево-судинних захворювань та МСХ [7, 8, 16].

Таблиця 9

Розподіл обстежених осіб за спільним проживанням (n = 316)

Спільне проживання	Групи	Контрольна		НМСХ		МСХ	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Один (одна)		2	3,85*	21	15,44	13	10,16
Тільки з батьками		2	3,85*	16	11,76	14	10,94
Тільки з жінкою/чоловіком		9	17,31	14	10,29	25	19,53
Тільки з дітьми		3	5,77	11	8,09	13	10,16
З жінкою, чоловіком і дітьми		23	44,23*	20	14,71	19	14,84
З жінкою, чоловіком, дітьми і батьками		13	25,00	54	39,71	44	34,37

* — $p < 0,05$

Кількість одинаків серед осіб з МСХ майже втричі, а серед осіб з НМСХ у 4 рази перевищує аналогічний показник контрольної групи (відповідно 10,16 %, 15,44 % та 3,85 %). Аналогічна тенденція зберігається серед тих осіб, що проживають тільки з батьками. Групи НМСХ та МСХ представлені особами з більшою кількістю розширених родин (відповідно 39,71 % та 34,37 %) в порівнянні з контрольною групою (25,00 %). Унітарна родина вірогідно перемагає в контрольній групі (44,23 %) в порівнянні з групами НМСХ (14,71 %) та МСХ (14,84 %). Отже, як нестача так і надлишок спілкування в родині виявилися асоційованими з

метаболічним синдромом Х на всьому протязі його розвитку.

Таким чином, за даними дослідження особливостей професійного та родинного життя ми відзначаємо дефіцит, деформацію або розрив комунікативних зв'язків, що надалі було підтверджено модальним аналізом існуючих проблем пацієнтів з метаболічним синдромом Х. Визначені нами особливості психосоціальних характеристик осіб з метаболічним синдромом Х в стадії формування або подальшого розвитку надалі враховані нами при формуванні «мішеней» психотерапевтичного втручання.

Список літератури

1. Головаха Е. И., Панина Н. В. Интегральный индекс социального самочувствия. — К, 1997.
2. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. — М.: Изд-во Эксмо, 2005. — 992 с.
3. Маньковський Б. Н. Метаболічний синдром: розповсюдженість, діагностика, принципи терапії // Мистецтво лікування. — 2005. — № 9. — С. 30–33.
4. Митченко Е. И. Метаболический синдром: состояние проблемы и лечебные подходы // Практична ангіологія. — 2005. — № 1 (01). — С. 14–18.
5. Хаустова О. О., Безпалько Ю. М. Метаболічний синдром Х: сучасний підхід до проблеми комплексного лікування // Медицина транспорту України. — 2006. — № 1 (17). — С. 76–80.
6. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики та лікування. — К.: ТОВ ДСГ Лтд, 2004. — 96 с.
7. Barclay L. Medscape Medical News. New definition of the metabolic syndrome: a newsmaker interview with Sir George Alberti, MA, DPhil, BMBC. Available at: <http://www.medscape.com/viewarticle/504382> Accessed July 8, 2005.
8. Blonde L., Ray S., Carson W., L'italien G. J. Metabolic syndrome predicts cardiovascular disease and new onset diabetes — a systematic review of the literature. Program and abstracts of the 65th Scientific Sessions of the American Diabetes Association; June 10–14, 2005; San Diego, California. Abstract 2449-PO.
9. Eckel R. H., Grundy S. M., Zimmet P. Z. The metabolic syndrome // Lancet. — 2005. — Vol. 365. — P. 1415–1428.
10. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. — 1994. — Vol. 75. — P. 835–838.
11. Joukainen M., Sohlman B., Lektinen V. Alexithymia in primary health care patients // J. Psychosom. Res. — 1995. — Vol. 39.
12. Klusmann R. Ongoing conflict situations and physical disease // Wien. Med. Wochenschr. — 1999. — Vol. 149, № 11. — P. 318–322.
13. Pladevall M., Singal B., Williams L. et al. A Single Factor Underlies the Metabolic Syndrome: A Confirmatory Factor Analysis // Diabetes Care. — 2006. — Vol. 29 (1). — P. 113–122.
14. Ravaja N., Keltikangas-Järvinen L., Keskivaara P. Type A factors as predictors of changes in the metabolic syndrome: precursors in adolescents and young adults. A 3-year follow-up study // Health Psychol. — 1996. — Vol. 15. — P. 18–29.
15. Vitaliano P. P., Scanlan J. M., Krenz C., Fujimoto W. Insulin and glucose: relationships with hassles, anger, and hostility in nondiabetic older adults // Psychosom. Med. — 1996. — Vol. 58. — P. 489–499.
16. Wong N. D. Intensified screening and treatment of the Metabolic syndrome for cardiovascular risk reduction // Prev. Cardiol. — 2005. — Vol. 8 (1). — P. 47–54.

Надійшла до редакції 16.03.2006 р.

О. О. Хаустова

Психотерапевтические мишени психосоматического пациента на примере метаболического синдрома Х (социопсихологические аспекты)

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины (Киев)

При помощи разработанной нами «Мультимодальной карты обследования психосоматического пациента» проанализирован ряд психосоциальных факторов пациентов с метаболическим синдромом Х. Отмечено наличие у пациентов проблемных межличностных отношений с соответствующей деформацией коммуникативных связей в производственной и семейной сфере. Определенные нами особенности психосоциальных характеристик пациентов с метаболическим синдромом Х в стадии формирования или дальнейшего развития использованы при формировании «мишеней» психотерапевтического вмешательства.

О. О. Khaustova

Psychotherapeutic targets of psychosomatic patient on metabolic syndromes example (sociopsychological aspects)

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Narcology (Kyiv)

With the help of developed by us “Multimodal card of examination of psychosomatic patient” is analyzed row of psychosocial factors of patients with metabolic syndrome X. Noted presence beside patients of problem-solving interpersonal relations with deforming the communication relationships in production and household sphere. Determined by us particularities of psychosocial features of patients with metabolic syndrome X in stage of shaping or the further development are used when shaping “targets” psychotherapeutic interference.

УДК 615.12: 339.18: 34 (477)

В. В. Шаповалов, А. О. Гудзенко, В. О. Шаповалова
Національний фармацевтичний університет (Харків)
Слідче управління УМВС України в Харківській області

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ПРАВО ЯК БАЗОВА ОСНОВА ВИВЧЕННЯ ЗЛОЧИННОСТІ ТА НЕРАЦІОНАЛЬНОГО ВЖИВАННЯ, ЩО ПОВ'ЯЗАНІ З ОБІГОМ ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН

В умовах євроінтеграції України до ЄС, СОТ і НАТО все актуальнішим стає питання щодо удосконалення державних заходів у попередженні причин та умов, які спричиняють наркозлочинність, що пов'язана із нераціональним вживанням та зловживанням лікарських засобів (ЛЗ), які мають психоактивні властивості (статті 22 і 23¹ КПК України). Навіть найсуворіші закони не можуть стримати поширення наркобізнесу, порушення порядку обігу та нераціональне вживання психоактивних речовин (ПАР) і наркоманії. Нелегальний обіг ПАР із легкістю долає будь-які кордони, наполегливо розповсю-

джується, захоплюючи нові території, вишукуючи нових жертв серед молодших верств населення. Так, лише за останні п'ять років від передозування ПАР, наркотичних засобів в Україні померло понад чотири тисячі осіб [6].

Отже, висвітлення причин та умов, які спричиняють порушення легального обігу ПАР, сприятиме підвищенню рівня правової культури і правосвідомості не тільки серед співробітників служб боротьби з незаконним обігом наркотиків (БНОН), боротьби з економічними злочинами (ДСБЕЗ), боротьби з організованою злочинністю (УБОЗ), науково-дослідних експертно-