

присвячених вивченню епідеміологічних, соціальних аспектів та питань клініки, психотерапії та психопрофілактики в комплексному лікуванні хворих із залежністю від опіоїдів, інфікованих ВІЛ (А. К. Сервецький, 2007; В. І. Бовк, 2008; Б. А. Баркалов, 2009; С. О. Лобанов, 2012). Проте, на сьогодні завдяки масивному впровадженню заходів превенції розповсюдження ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, спостерігається тенденція до відсутності збільшення кількості осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ, в той час як серед загальної кількості випадків інфікування ВІЛ збільшується питома вага епізодів, пов'язаних зі статевим шляхом передачі вірусу.

Психологічний контекст, в якому реалізується поведінка, пов'язана із ігноруванням чи, навпаки, уникненням ризику статевого інфікування через сексуальні стосунки, зумовлюється багатьма взаємопов'язаними чинниками, серед яких одне з провідних місць займає питання життєдіяльності родини або партнерської пари, в якій один із партнерів інфікований ВІЛ. Факт інфікування ВІЛ, крім негативного впливу на макросоціум, має вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем конкретних індивідумів: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негараздів, які призводять до порушення життєдіяльності партнерської пари, що, в свою чергу, обтяжує й без того вагомий медико-соціальний суспільний тягар хвороби.

Між тим, за останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказують на те, що хронічний стрес і нездоровий спосіб життя несприятливо позначаються на стані імунної системи (А. D. Futterman et al., 1996; J. K. Kiecolt-Glaser et al., 1999—2011; H. Anisman et al., 2002, 2009). Зарубіжними дослідниками встановлено, що життєві стреси мають несприятливий вплив на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих, майже в чотири рази збільшуючи ймовірність прискореного розвитку СНІДу (D. L. Evans et al., 1997; A. N. Dentino et al., 1999; L. C. Howland et al., 2000), а наявність депресивного стану на початковому етапі ВІЛ-інфекції пов'язано зі зростанням ризику прогресування хвороби та наближенням ризику летального результату (M. Maes et al., 1999—2010).

Разом з тим, аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращання якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед, сімейної, взаємодії. Спроба аналізу індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих з точки зору їхнього впливу на можливість гальмування патологічного процесу була здійснена у 2009 р. в Санкт-Петербурзі (А. І. Зінченко, 2009), а розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари до теперішнього часу на знайшла свого вирішення й впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їхніх родин.

Враховуючи вищевикладене, в рамках виконання дисертаційного дослідження нами здійснюється розроблення системи медико-психологічного супроводу, що включає в себе вирішення задач психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності партнерської пари за умови інфікування одного з партнерів на ВІЛ.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

*М. В. Маркова\*, А. М. Кожина\*\*, К. А. Горишкова\*\*\*, \**

*Харківська медична академія післядипломної освіти\*,  
Харківський національний медичний університет\*\* (м. Харків),  
Одеський обласний психоневрологічний диспансер\*\*\* (м. Одеса)*

#### **ПСИХООСВІТНЯ СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ**

На теперішній час фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я визнано, що психоосвітній напрямок психотерапії (*psychoeducation*) є тим інтегруючим механізмом, що поєднує в собі сімейні та когнітивно-поведінкові впливи, необхідні в комплексному лікуванні пацієнтів з параноїдною шизофренією (ПШ). Психоосвіта займає особливе місце в структурі реабілітаційних заходів та становить поетапно здійснювану систему психотерапевтичних впливів, спрямованих на інформування пацієнта та його родичів про психічні розлади та навчання їх методам подолання специфічних проблем, зумовлених

проявами захворювання (Н. О. Марута зі співавт., 2010, 2011; А. М. Кожина зі співавт., 2010; В. А. Абрамов зі співавт., 2007—2010; О. С. Чабан, 2006).

Психоосвіта, як інтегративний напрямок психотерапії пацієнтів з шизофренією, має на увазі для хворих і родичів необхідність: а) значної включеності в процес групового заняття (у той час як освіта має відтінок пасивного сприйняття інформації, свого роду споглядальності, а значить відстороненості сприйняття); б) емоційних переживань та зворотного зв'язку з медичними працівниками. В основі психоосвітніх заходів має місце поділ відповідальності в лікувальному процесі між лікарем, родичами і пацієнтом, які укладають угоду про цілі терапії та способи їх досягнення. Пацієнти спонукаються до активної участі в психотерапевтичних заходах (ПЗ) — в ході занять їх просять ставити запитання, висловлювати свої почуття, ділитися досвідом хвороби. В результаті психоосвітніх ПЗ хворі і родичі виступають у ролі активних учасників психотерапевтичного процесу, а не пасивних «реципієнтів» психопросвітницьких бесід.

Така психотерапевтична робота з хворими на шизофренію та їх родичами є абсолютно новим для вітчизняної психіатричної практики видом лікувально-реабілітаційного втручання (М. В. Маркова, В. А. Діхтяр, 2012). Тим часом, психоосвітня сімейна психотерапія хворих та їх родичів розглядається в зарубіжній літературі поряд з фармакотерапією та соціотерапією, як невід'ємна частина комплексу лікувально-відновлювальних заходів. На думку багатьох авторів, психоосвітні сімейні та індивідуальні ПЗ вважаються чи не найбільш значущим видом психосоціального втручання у багатогранній системі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію та їх родичів (K. F. Bernheim, A. F. Lehman, 1985; J. R. Bustillo et al., 2001; D. S. Hutchinson et al., 2006). Ефективність такої роботи доведена на різних популяціях психічно хворих, але особлива увага в останні роки приділяється психоосвітнім сімейним ПЗ у хворих на шизофренію на різних етапах захворювання (C. R. Goodman, F. L. Quinn, 1988; M. J. Goldstein, 1992; Т. Л. Яполова, 2010).

Таким чином, більшість авторів у цілому підкреслюють, що психоосвітня сімейна психотерапія — це одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальній гуманістичній спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги.

Таким чином, у світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається питання психотерапії хворих на ПШ. В цілому зазначається, що підходи до застосування ПЗ повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети, завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на ПШ, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань. Проте, підкреслюється, що на теперішній час в Україні не розроблені засади та алгоритми застосування вищезазначених психотерапевтичних впливів в комплексне лікування хворих на ПШ, що унеможливує реальне відновлення незалежного та якісного життя пацієнтів.

Враховуючи вищевикладене, нами здійснюється робота з дослідження типології родинних моделей психосоціального функціонування з ідентифікацією внутрішніх взаємозв'язків між хворим на ПШ та членами його сім'ї, кінцевою метою якої є розроблення системи ПЗ, спрямованих на відновлення функціонування хворого в родині та підвищення якості життя хворого і членів його родини.

УДК: 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

*М. В. Маркова\*, Л. В. Рахман\*\**

*Харківська медична академія післядипломної освіти  
(м. Харків)\*, Львівський національний медичний університет  
ім. Д. Галицького (м. Львів)\*\**

#### **СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ**

Мета дослідження полягала в ідентифікації особливостей патоморфозу терапевтично резистентних депресій на основі зіставлення і порівняльного аналізу соціодемографічних та клініко-епідеміологічних показників.

Методом ретроспективного аналізу було опрацьовано 165 медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами (ДР) помірного або вираженого ступеня з тривалістю епізоду не менше 16 тижнів, у яких спостерігалася резистентність до лікування, що проводиться, за період 15 років (1996—2010 роки). Робота виконувалася на базі архіву Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Всі хворі були поділені

на 2 групи: перша група — 72 пацієнти, що проходили стаціонарне лікування в 1996—2000 роках, до другої групи (93 хворих) були включені пацієнти, які лікувалися стаціонарно в період 2001—2010 років. Стан пацієнтів верифіковано згідно з відповідними критеріями за МКХ-10. В групи дослідження включалися хворі, яким було встановлено такі діагнози: депресивний епізод в структурі біполярного афективного розладу різного ступеня важкості (F 31.3 — F 31.5), депресивний епізод (F 32), рекурентний депресивний розлад (F 33), дистимія (F 34.1), та які виявляли ознаки резистентності до лікування (відсутність або частковий ефект від отриманої терапії). Клініко-статистична оцінка даних проводилася з допомогою пакету програми Statistica 6.0.

1. За віковими параметрами в досліджених групах пацієнтів спостерігається тенденція до встановлення діагнозу в більш молодому віці, так за період 2001—2010 років більше 80 % пацієнтів припадає на вікову категорію 21—40 років, що становить істотну соціальну проблему, оскільки охоплює найбільш соціально значиму категорію населення.

2. У досліджувані періоди спостерігається незначне зниження виникнення резистентності депресивних станів в жінок: 68,1 % наприкінці 90-х років та 63,4 % в період 2001—2010 років. Натомість збільшується кількість резистентних депресій в чоловіків: з 31,9 % в 90-х роках до 36,6 % в період 2001—2010 років.

3. В розрізі показника місця проживання дані проведеного дослідження засвідчують збільшення терапевтично резистентних депресій серед жителів міст. Так, серед пацієнтів першої групи кількість сільських жителів становить 38,9 %, в другій групі — 22,6 %. Міське населення серед пацієнтів першої групи становить 61,1 %, другої — 77,4 %.

4. За соціальним статусом в останні 10 років серед пацієнтів із резистентними депресіями досліджених нозологічних категорій переважають особи із переважно розумовою працею (16,7 % в першій групі та 24,8 % в другій), зростає кількість довгостроково не працюючих пацієнтів (на 3,6 %).

5. Вивчення рівня освіти в дослідженому архівному матеріалі виявило, що пацієнти із резистентними депресіями в основному мають середню спеціальну або вищу освіту. Зокрема, в період 1996—2000 років 15,3 % та в період 2001—2010 років 21,5 % пацієнтів мали незакінчену середню освіту. Проте після 2001 року резистентні депресії в основному спостерігалися в хворих із вищою освітою (48,4 %), до 2001 року таких пацієнтів було 41,6 %.

6. За сімейним станом пацієнти із ДР, резистентними до терапії, що проводиться, в основному були одруженими: 66,7 % в першій групі та 38,7 % в другій групі. Проте, в останні 10 років відзначається зменшення кількості випадків резистентних депресій серед розлучених осіб (37,6 % в другій групі та 25,0 % в першій групі).

7. Спадкова обтяженість за психічними захворюваннями в досліджених групах є істотною, на протязі останніх 10 років частка хворих із спадковою обтяженістю становить 58,1 % проти 48,6 % за період 1996—2000 років.

8. Маніфестація резистентності у депресивних хворих припадає в основному на вік 26—32 роки, причому в другій групі пацієнтів визначається істотне зниження віку пацієнтів із ознаками резистентності депресії, останніми роками резистентність розвивається в період 20—29 років (39,8 %), істотним є збільшення випадків резистентності депресивних розладів у віці до 20 років (на 4,9 %).

9. Проведений аналіз архівних медичних карт стаціонарних хворих засвідчив скорочення періоду розвитку резистентності, так, в пацієнтів першої групи резистентність розвивалася в основному на 7 епізоді захворювання, тоді як в пацієнтів другої групи — вже на 4 епізоді спостерігається резистентність депресивної симптоматики.

Проведений ретроспективний аналіз 165 медичних карт стаціонарних хворих із терапевтично резистентними ДР за період 15 років (1996—2010 роки), дозволив ідентифікувати наявність патоморфологічних змін резистентних депресій в соціально-демографічному та клініко-епідеміологічному аспекті.

Серед негативних соціально-епідеміологічних тенденцій виявлено збільшення терапевтично резистентних депресивних станів загалом, переважає пацієнтів із високим освітнім рівнем, значна частка хворих серед міського населення, істотне збільшення резистентних депресій у розлучених осіб, наявність спадкової схильності у переважній більшості осіб, істотне зменшення віку пацієнтів із ознаками резистентності до антидепресивної терапії, розвиток резистентності в ранні терміни після маніфестації захворювання.

Результати, отримані в ході проведеного дослідження, дозволили підтвердити наявність патоморфозу резистентних депресій, виявивши істотні соціодемографічні та клініко-епідеміологічні

ознаки, що відкриває подальшу перспективу у вивченні інших видів патоморфологічних змін: патопсихологічних, клінічних та терапевтичних, що, в свою чергу, дозволить вирішити актуальну проблему покращання діагностики, терапії та реабілітації пацієнтів, які страждають на ДР із резистентністю до проведеного лікування.

УДК 615.86-053.2:616-056.7-036.1

Марценковський І. А.

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології  
(м. Київ)

## ПРЕНАТАЛЬНІ, ПЕРИНАТАЛЬНІ ШКІДЛИВОСТІ ТА ГЕНЕТИЧНІ ФАКТОРИ РИЗИКУ В ГЕНЕЗІ РОЗЛАДІВ ЗІ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Молекулярно-генетичні дослідження встановили низку мутацій, асоційованих з підвищенням ризику розладів зі спектра аутизму (РСА). Найкраще досліджені мікроделеції в 5, 17, 21 та дуплікації в 4 та 22 хромосомах. Серед генів кандидатів у дітей с аутизмом виділяють: SCAR2, TPPP, PDCD6, SEPT5, GP1BB, PI4KA, NPTX1, STCH, NRIP1 та CXADR. Ефект кожного з наведених генів є надзвичайно низьким: за рахунок всіх наведених вище генетичних синдромів може бути пояснено не більше 4 % випадків РСА.

Іншою причиною народження значної кількості дітей з РСА в родинах, в сімейних історіях яких не встановлені випадки захворювання, можуть також бути варіації кількості копій (спонтанних делецій та дуплікацій) ділянок геномів при мейозі. Варіативність кількості копій визначає відмінність індивідуальних геномів за кількістю копій сегментів ДНК. Геноми дідлоїдних організмів, у тому числі людини, містять зазвичай по дві копії кожної аутосомної ділянки, по одній на кожну хромосому. Делеції та дуплікації здатні впливати на їх кількість. Результатом варіації може бути зниження чи збільшення кількості копій певного гену, і, отже, зниження чи підвищення експресії продукту гена (білка чи некодуючої РНК). Відмінності в числі копій генів можуть зумовлювати схильність чи підвищену невразливість людини до різних захворювань, зокрема шизофренії та аутизму.

Колективами дослідників з 7 країн (Великобританії, Ісландії, Росії, України, Грузії, Македонії та Сербії) було створено міжнародний науковий консорціум. Було проведено широкомасштабне генотипування зразків ДНК хворих на РСА та шизофренію і людей контрольної групи з використанням технології мікрочипів. Проект отримав фінансову підтримку в рамках Сьомої рамкової програми науково-технологічного розвитку Європейського Союзу (FP7).

Протягом 2010—2011 років учасниками наукового консорціуму було рандомізовано понад 4000 хворих на аутизм, психози та біполярні розлади з маніфестацією в дитячому віці. Контрольну групу склали 30 000 чоловік контрольної групи. Учасником міжнародної команди дослідників від України став Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології. Відділом соціальних проблем терапії психічних розладів Українського НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології було рандомізовано 400 дітей з РСА та 400 здорових дітей.

В процесі дослідження учасниками наукового консорціуму виявлено понад 40 тис. рідких мутацій, що потенційно обумовлюють підвищення ризику маніфестації РСА, шизофренії та біполярного розладу, а також 5000 поширених і 320 000 однонуклеотидних варіантів генного поліморфізму, пов'язаних з помірним ризиком цих захворювань. Біля 1 % від усіх вивчених варіантів поліморфізму було відібрано для більш ретельного дослідження з використанням молекулярно-генетичних і цитогенетичних методів.

Було встановлено, що варіації кількості копій (спонтанних делецій та дуплікацій) ділянок геномів при мейозі) пов'язані з РСА та шизофренією. Отже, значна кількість випадків РСА може бути пояснена новими генетичними мутаціями, які спричиняють РСА у дитини, але відсутні у батьків. Особливий інтерес привертають рідкі варіанти генного поліморфізму. Можливість ефективного пошуку нових варіантів генного поліморфізму з'явилася після розроблення фірмою «Decode genetics» мікрочипа Human3v 370, який дозволяє аналізувати та виявляти десятки тисяч варіацій послідовностей ДНК.

Встановлено зв'язок зі збільшенням ризику розвитку РСА низки факторів, що діють в період запліднення та під час першого триместру вагітності, зокрема віку матері при зачатті дитини більше 30, батька — більше 35 років. Наше дослідження продемонструвало, що важливе значення в генезі РСА відіграють і перинатальні шкідливості. Встановлене підвищення ризику розвитку аутизму при наявності одного або декількох несприятливих подій акушерського анамнезу, таких, як низька