

Е. С. Самойлова

E. S. Samoylova

Наследственная отягощенность как предоснова формирования аффективных расстройств у больных наркоманией

Институт неврологии, психиатрии и наркологии
АМН Украины (г. Харьков)

Выполнено клинично-психодиагностическое обследование 94 больных (мужчин) с зависимостью от опиоидов и 106 больных (мужчин) с зависимостью от психостимуляторов эфедроподобного действия кустарного изготовления, результаты которого были обработаны методами математической статистики. В результате анализа полученных данных определено, что наследственная отягощенность является одним из факторов риска в формировании аффективных расстройств у больных, зависимых от психоактивных веществ, и прежде всего, в развитии опиоманий.

Hereditary overburden as predisposing factor of formation of affective disorders in drug addicts

Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology
of AMS of Ukraine
(Kharkiv)

The clinic and psychodiagnostic research of 94 patients (male) with opioids dependence and 106 patients (male) with dependence from handmade ephedronelike psychostimulants was executed, the results of it were processed by the methods of mathematic statistic. It was determined that the hereditary overburden is one of the factors of risk in formation of affective disorders in patients with dependence from psychoactive substances and first of all in development of opioids dependence.

УДК: 616.85

О. О. Хаустова

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

КОМПЛЕКСНА ПРОГРАМА «САНА» У ЛІКУВАННІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ X (ПСИХОСОМАТИЧНИЙ ПІДХІД)

Концепція метаболічного синдрому дуже важлива для сьогодення, тому що підкреслює першорядне значення змін способу життя, а саме інтенсивної його модифікації, або «терапії способом життя», у профілактиці серцево-судинних захворювань в осіб з високим ризиком їхнього розвитку. Відомо також, що в осіб з метаболічним синдромом X існує підвищений ризик цукрового діабету 2 типу, а діабет є одним з головних факторів ризику серцево-судинних захворювань. Цей погляд збігається з положеннями, що були викладені в загальному документі Американської асоціації серця, Національного інституту серця, легень і крові й Американської діабетичної асоціації «Лікування метаболічного синдрому» [2].

Існують різні варіанти діагностичних критеріїв метаболічного синдрому X: запропоновані Adult Treatment Panel III (АТР III) [1], робочою групою Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) [3], Американською асоціацією клінічних ендокринологів [4]. Останні два перебиваються критеріями АТР III, але відрізняються від нього тим, що для діагностики метаболічного синдрому вимагають прямого підтвердження наявності резистентності до інсуліну.

Взагалі метаболічний синдром X (МСХ, *metabolic syndrome X — MSX*) визначається як складний фактор ризику серцево-судинних захворювань, що часто зустрічається і заслуговує на велику увагу клініцистів. У III доповіді групи експертів з лікування дорослих (АТР III) Національної освітньої програми по холестерину США [1] 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 симпатoadреналової системи.

У рідких випадках ознаки метаболічного синдрому можуть з'явитися навіть у дітей і підлітків.

Поширеність метаболічного синдрому з віком збільшується, особливо в середній віковій групі, і сягає максимуму серед літніх. Частота метаболічного синдрому з 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 віці 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, 2, 5, 7, 10, 12, 17]. Наприклад, поширеність ожиріння в Англії нижча, ніж у Німеччині і США, але тенденція росту відповідає аналогічному показникові в цих країнах [6, 10, 11]. За даними National Institutes of Health, люди з зайвою масою тіла в 2,9 рази частіше хворіють на діабет; у 2,6 рази частіше страждають розладами сну; удвічі частіше впадають у депресію, відчувають біль у спині та у суглобах; у 1,7 рази мають підвищений рівень холестерину в крові; у 1,3 рази частіше страждають на алергію [2, 4, 7, 9].

Висока поширеність ожиріння, паління, низької фізичної активності серед дітей і підлітків підвищує ризик раннього розвитку інфаркту й інсульту в дорослому віці. За даними Всесвітньої Федерації Серця, в усьому світі 18 мільйонів дітей до 5 років мають надлишкову масу тіла; 14 % підлітків 13–15 років палять. Кожна друга дитина, навіть якщо сама не палить, є пасивним курцем — це на 25 % підвищує ризик раку легень і захворювань серця і на 80 % — ризик інсульту. Дві третини дітей в усьому світі ведуть малорухомий спосіб життя [11].

Не меншу проблему складає і проблема підвищеного тиску. На думку Р. Kearney et al. (2005), дані аналізу 30 популяційних досліджень, що охопили

більш 700 тис. осіб із усіх регіонів світу, свідчать про те, що зростання гіпертонії — це провісник всесвітньої епідемії серцево-судинних захворювань [цит. за 10]. 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 розвинених 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 [1, 9].

Метаболічний синдром, як визнаний фактор серцево-судинного ризику, впливає не тільки на рівень здоров'я, але і на смертність населення. За даними проспективного популяційного когортного дослідження зв'язку МСХ із загальною і серцево-судинною смертністю виявлено, що незалежно від обраних критеріїв, хворі з МСХ мали як мінімум у 2,9 разів 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 [9].

Отже, сукупність таких ознак «ситого» життя, як зростання гіподинамії, надкалорійне харчування, брак біологічно активних речовин і надмірні психологічні навантаження призводить до ожиріння, цукрового діабету, атеросклерозу і як наслідок — до важких серцево-судинних захворювань.

До факторів ризику, що сприяють виникненню метаболічного синдрому Х, відносять надлишкову масу тіла й ожиріння, низьку фізичну активність, фізичну неактивність і атерогенний характер харчування. В усіх сучасних посібниках із впливу на окремі складові 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. Варто вказати, що залишаються невирішеними з'ясування користі і співвідношення вартість/ефективність медикаментозної терапії метаболічного синдрому.

У багатьох дослідженнях, присвячених метаболічному синдрому Х та його окремим складовим (ожиріння, гіпертонія, цукровий діабет, атеросклероз) підкреслюється, 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 цією 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]. На наш погляд, такий підхід звужував можливості

профілактики, тобто запобігання подальшому розвитку хворобливого стану. Крім того, без уваги лікаря залишалися патогенетичні механізми виникнення психосоматичного захворювання. Навіть одночасне застосування сомато- і психофармакотерапії з психотерапією залишалось окремими блоками, зв'язаними тільки метою, але не шляхом видужання.

Першою спробою частково з'єднати окремі блоки лікування було створення навчальних програм для хворих на цукровий діабет [12, 19]. Прогресивною рисою таких програм є спроба активізувати власну позицію пацієнта щодо своєї хвороби, частково змінивши патерналістську позицію лікаря на партнерську. За даними авторів [3, 8, 21], уже часткове впровадження таких суб'єкт-суб'єктних відносин сприяє вірному розумінню хвороби пацієнтом, його самоконтролю й активному звертанню до лікаря. У той же час, відсутність комплексного підходу обумовлює звичну життєву стратегію пацієнтів, що не передбачає змін способу життя.

З метою визначення ефективності комплексного лікування метаболічного синдрому Х ми обстежували 316 пацієнтів за допомогою «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта», що містить шість окремих блоків, а саме: загальна інформація, сімейний і соціальний стан, опис існуючих проблем, модальний аналіз існуючих проблем, біологічні фактори, психологічні методики.

Під час обстеження використані: Торонтська алекситимічна шкала, опитувальник Бека (з діагностики депресії), шкала реактивної й особистісної тривожності Спілбергера — Ханіна, методика незакінчених пропозицій Сакс — Сіднея в модифікації для психосоматичних хворих, методика визначення показників і форм агресії А. Басса й А. Даркі [18]. Обстеження 316 пацієнтів проводилося в діабетологічному відділенні Інституту ендокринології й обміну речовин АМН України, в ендокринологічному, кардіологічному і психоневрологічному відділеннях ДКЛ № 1 і ДКЛ № 2 ст. Київ.

Нами були проаналізовані психосоціальні фактори з анамнезу життя хворих на метаболічний синдром Х за допомогою розробленої «Мультимодальної карти обстеження психосоматичного пацієнта». До уваги бралися найбільш загальні соціодемографічні показники: вік, стать, освіта, тип професії, сімейний стан, склад родини. Зібрано докладну інформацію про батьківську родину та її вплив на подальше життя пацієнта; особливості сімейного й особистого анамнезу пацієнта, його актуальний фізичний стан і скарги; бачення пацієнтом своєї хвороби і його сподівання щодо терапевтичного втручання. «Модальний аналіз існуючих проблем» (окремий діагностичний блок) відобразив різні моменти протягом життя хворих на метаболічний синдром Х, що є неусвідомленими і витиснутими, з метою подальшого формування ряду психотерапевтичних «мішеней».

Паралельно проводилася соматична верифікація метаболічного синдрому Х у відповідності до рекомендацій ВООЗ за підручником АТР III (Adult Treatment Panel), 2001 (США) [19] з доповненнями консенсусу експертів Міжнародної Діабетичної Федерації (2005). Наявність до 3-х будь-яких приведених факторів свідчила про неповний метаболічний синдром Х, більше 3-х факторів — про повний МСХ.

Таблиця 1

Діагностичні критерії метаболічного синдрому X

Фактор ризику	Діагностичний рівень
Абдомінальне ожиріння	Розмір талії: чол. > 94 см, жін. > 80 см (для європейської раси)
Тригліцериди	> 1,7 ммоль/л (150 мг/дл)
Холестерин ліпопротеїнів 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 або порушення толерантності до глюкози

За даними обстеження 316 пацієнтів отримані такі дані.

Таблиця 2

Розподіл пацієнтів по групах обстеження (n = 316)

Групи	Абс.	%
Контрольна група	52	16,45
Основна група: неповний МСХ	136	43,04
повний МСХ	128	40,51

Контрольну групу склали 52 (16,45 %) обстежених осіб без ознак метаболічного синдрому X (нормальні маса тіла, артеріальний тиск, толерантність до глюкози). Осіб з неповним набором ознак метаболічного синдрому X (артеріальна гіпертензія і/або порушений вуглеводний обмін і/або ожиріння) — 136 (43,04 %) обстежених, з повним метаболічним синдромом X — 128 осіб (40,51 %). Про доцільність виділення осіб із поєднанням 2–3 компонентів метаболічного синдрому свідчить той факт, що серед випадкових вибірок з популяції вони зустрічаються набагато частіше, ніж особи з «повним» метаболічним синдромом [8, 12].

Таблиця 3

Розподіл обстежених осіб за віком та статтю (n = 316)

	Абс.	%
Вік, років		
до 20	3	0,95
21–30	16	5,06
31–40	151	47,79
41–50	99	31,33
51–60	33	10,44
понад 60	14	4,43
Стать		
Чоловіки	200	63,29
Жінки	116	36,71

Вік обстежених нами пацієнтів коливався від 19 до 63 років, з переважанням осіб середнього віку (31–40 років — 47,79 %; 41–50 років — 31,33 %). Середній вік обстежених склав 45,85 ± 0,97 роки. Отже, те, що переважає ураженість цією патологією осіб працездатного віку, також визначає соціальну значимість медичної проблеми.

Такий розподіл хворих на даному етапі обстеження, на наш погляд, обумовлений переважанням осіб працездатного віку в контингенті стаціонарних хворих і підвищеною смертністю осіб з важкими серцево-судинними хворобами. Дані літератури також указують на метаболічний синдром X, як на хворобу зрілого віку, але і відзначають значне «омолодження» розладу з появою його в дітей і підлітків [8, 14].

Чоловіків у нашому дослідженні було 200 осіб (63,29 %), жінок — 116 осіб (36,71 %).

Більше половини обстежених мали середній спеціальний рівень освіти — 177 (56,01 %). А ще більший освітній рівень мали до чверті обстежених — 75 осіб (23,74 %).

Звертає на себе увагу вагоме переважання осіб з необхідністю спілкування протягом робочого дня (48,10 %), причому в частині професій (спікер, секретар, машиніст, оператор, диспетчер і т. д.) існує чіткий регламент переговорів. Це обумовлює не вільне спілкування, а його обмеження. Кількість осіб із професіями вільної комунікації (людина — природа, людина — художній образ) значно обмежена і складає 5,38 %. Задоволено своєю роботою тільки 113 осіб (35,76 %).

Таблиця 4

Розподіл обстежених осіб за освітою та за типом професії (n = 316)

	Абс.	%
Освіта		
початкова	—	—
незакінчена середня	16	5,06
середня	48	15,19
середня спеціальна	177	56,01
незакінчена вища	21	6,65
вища	54	17,09
Тип професії		
людина — людина	152	48,10
людина — техніка	63	19,94
людина — природа	5	1,58
людина — знакова система	84	26,58
людина — художній образ	12	3,80

Таблиця 5

Розподіл обстежених осіб за сімейним станом та за спільним проживанням (n = 316)

	Абс.	%
Сімейний стан		
Не одружений (не заміжня)	14	4,43
Одружений (заміжня)	178	56,33
Розлучена(ий)	51	16,14
Удівець (удова)	30	9,49
Незареєстрований шлюб	21	6,65
Новий шлюб	22	6,96
Проживання		
Один (одна)	—	—
3 батьками	16	5,06
3 жінкою (чоловіком)	48	15,19
3 дітьми	177	56,01
3 жінкою, чоловіком і дітьми	21	6,65
3 жінкою, чоловіком, дітьми і батьками	54	17,09
3 друзями	—	—

За даними дослідження особливостей професійного і родинного життя ми відзначаємо дефіцит, деформацію або розрив комунікативних зв'язків, що надалі підтверджується модальним аналізом існуючих проблем пацієнтів з метаболічним синдромом Х. Ці особливості надалі формують «мішені» психотерапевтичного втручання.

Серед обстежених майже 63 % проживає в шлюбі і має одну дитину (60 %). Інші проживають самотньо, з різних причин (16,14 % — розлучені; 9,49 % — овдовілі і так далі).

Проживає окремо від старшого покоління 65,8 % обстежених і їхніх родин, разом — 34,2 %.

Таблиця 6

Модальний аналіз існуючих проблем (n = 316)

Окреслені пацієнтами проблеми	Абс.	%
Недостатня фізична активність	258	81,65
Відчуття недостатці розслаблення і відпочинку	201	63,61
Невдоволення соціальною роллю	189	59,81
Неадекватна сімейна підтримка або її відсутність	166	52,53
Стрес	165	52,22
Виснаження (утрата життєвої енергії)	161	50,95
Змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві	144	45,57
Неадекватне харчування	137	43,35
Неадекватне батьківське втручання	130	41,14
Труднощі адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого	114	36,01
Складна або атипова батьківська ситуація	104	32,91
Відчуття ізоляції серед оточуючих	96	30,38
Переживання сильного страху в дитинстві	92	29,11
Емоційні проблеми	90	28,48
Відчуття ізоляції серед ровесників (у дитинстві)	79	25,00

При модальному аналізі існуючих протягом життя пацієнта проблем відмічена значимість таких психосоціальних факторів, як недостатня фізична активність (81,65 %), відчуття недостатці розслаблення і відпочинку (63,61 %), невдоволення соціальною роллю (59,81 %), неадекватна сімейна підтримка (52,53 %), виснаження (втрата життєвої енергії) (50,95 %), проблеми адаптації при переході від одного етапу життєвого циклу до іншого (36,01 %). Крім того, ми знайшли важливість таких факторів, як змінений патерн сімейних взаємин у дитинстві (45,57 %), неадекватне батьківське втручання (41,14 %), переживання сильного страху в дитинстві (29,11 %).

Результати нашої роботи дозволяють підтвердити важливу роль агресивності і реакцій на фрустрацію в етіопатогенезі метаболічного синдрому Х. Так, епізоди перебування в ситуації «агресор — жертва» відзначалися в 2,3 рази частіше, ніж у контрольній групі.

Можна вважати, що дані клініко-психологічного дослідження на прикладі метаболічного синдрому Х підтверджують відому раніш гіпотезу, що психосоматичні розлади є одним з різновидів саморуйнуючої поведінки [6, 9, 13, 17].

Більшість пацієнтів вказує на довготривалість існування власних проблем (більше 5 років — понад 70 %), причому оцінюють їх переважно як «дуже серйозні» й «україн серйозні» (разом близько 69 %).

Таблиця 7
Оцінка пацієнтами серйозності існуючих проблем (n = 316)

Самооцінка проблем	Абс.	%
Небагато турбують	25	7,91
Помірно турбують	51	16,14
Дуже серйозні	117	37,03
Україн серйозні	101	31,96
Цілком виводять з ладу	22	6,96

Таблиця 8
Тривалість існування проблем (n = 316)

Тривалість	Абс.	%
до тижня	—	—
до місяця	—	—
до півроку	8	2,53
до 1 року	19	6,01
до 5 років	63	19,94
до 10 років	108	34,18
до 20 років	82	25,95
понад 20 років	36	11,39

Отже, за результатами соціодемографічного і мольдального аналізу існуючих протягом життя пацієнта проблем ми виділили ряд психосоціальних факторів, значимих для виникнення і розвитку метаболічного синдрому Х. Ці дані використані нами у формуванні «мішеней» психотерапевтичної і психофармакотерапевтичної інтервенції.

На цій базі сформована комплексна програма психотерапевтичної і психогігієнічної трансформації актуальних особистісних життєвих стратегій пацієнтів з метаболічним синдромом Х, яка передбачає вплив з позицій психосоматичного підходу.

Грунтуючись на біопсихосоціальній парадигмі сучасної медицини, ми заклали в основу моделі динаміку ресурсної бази людини під впливом макро- і мікрофакторів. Виснаження цілісної ресурсної бази починається зі зменшення окремих її складових, причому частина «біо-» відображає здоров'я тіла, «психо-» — психічне благополуччя, «соціо-» — міру соціальної активності. Усі ці складові є взаємозалежними, тому що змінення рівня однієї зі складових приводить до зміни інших. Наприклад, виникнення соматичної хвороби (у нашому дослідженні — метаболічного синдрому Х) певною мірою пригнічує психічний стан і зменшує соціальну активність. Наявність психічних феноменів (за нашими даними — страху, агресивності, алекситимії і відчуття відсутності екзистенціальної безпеки) є підґрунтям соматизації і подальшої деформації соціальної активності. У той же час негативні зміни в соціальній активності (розлучення, безробіття, соціальні обмеження) сприяють психосоматичній захворюваності.

За даними модального аналізу існуючих проблем пацієнта соціальна складова чітко поділена на мікро- і макрофактори, а саме на родинні й інші відносини (робота, навчання, відпочинок). Ми звернули увагу на те, що збереження більш значимої для пацієнта сфери відносин на тлі руйнування менш значимої практично не виснажує цілісну ресурсну базу. Натомість, руйнування постійного комунікативного поля пацієнта призводить до швидких змін психосоматичного здоров'я. Таким чином, виснаження ресурсної бази призводить до змін у способі життя пацієнта, тобто до деформації актуальної життєвої стратегії (необґрунтоване розширення зони хвороби / звуження потреб). У свою чергу, зміна життєвої стратегії пацієнта деформує його життєві цілі. Застосовуючи категорії, запропоновані для оцінки життя людини А. Маслоу [цит. за 18], можна сказати, що за таких умов більшість людей веде «дефіцитарне» життя, тобто намагається задовольнити потреби нижчого рівня — у підтримці елементарних умов фізичного існування, в особистісній безпеці, у повазі з боку оточення. Вищі потреби — самоактуалізації, максимального розкриття свого особистісного потенціалу — залишаються незадоволеними.

У становленні життєвих стратегій особистості відстежуються (за індивідуальними графіками насиченості подіями, задоволення і напруження протягом життя) три стадії. Перша стадія — реверсивна; досить типовою є руйнівна поведінка, прагнення змін за принципом «усе навпаки»; переважають ситуативні, легко маніпульовані типи соціальної поведінки. Друга

стадія — протестна поведінка, нетерпимість, відчуття соціальної незахищеності. Третя стадія — стадія розвитку з зовнішньою адаптацією (напрямок на конкретні прагматичні цілі) або з внутрішньою адаптацією (прагнення зменшити невизначеність своєї життєвої ситуації). За способами використання пацієнтом ресурсів життєзабезпечення переважає тип адаптивної поведінки з орієнтацією на підтримку ззовні, а не з опорою на себе.

Нами запропонована стратегія лікування хворих на метаболічний синдром Х, що базується на зміні актуальної життєвої стратегії пацієнтів. Для прицільного психофармакотерапевтичного і психотерапевтичного впливу ми обрали наявні психічні феномени у хворих на метаболічний синдром Х, а саме страх, агресивність, алекситимія і відчуття відсутності екзистенціальної безпеки. Це дозволило нам створити комплексну програму «САНА», що поєднує різні тактики терапевтичної інтервенції відносно хворих на метаболічний синдром Х.

Таблиця 9

Психосоматичні «мішені» і терапевтичний зміст комплексної програми лікування метаболічного синдрому «САНА»

СТРАХ		С	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Стандартна соматична терапія ▶ Психофармакотерапія ▶ Індивідуальна психотерапія ▶ Групова психотерапія
	Ожиріння		
АГРЕСІЯ		А	
	Серцево-судинні захворювання		
НЕБЕЗПЕКИ відчуття		Н	
	Цукровий діабет 2 типу		
АЛЕКСИТИМІЯ		А	

Запропоновані нами методики психофармакотерапії спрямовані на різні ланки патогенезу, на компенсацію метаболічних порушень і на редукцію наявних психічних феноменів при метаболічному синдромі Х. Виражена ефективність, добра переносимість і безпека дозволяють рекомендувати терапевтичний комплекс (інстенон + актовегін, гліцесед, депримфорте, ципралекс) для застосування в стаціонарній і амбулаторній психіатричній практиці.

У процесі групової психотерапії хворих на повний і неповний метаболічний синдром Х мала місце успішне опрацювання внутрішньособистісних і групових конфліктів, про що свідчать клінічні критерії поліпшення здоров'я (симптоматика, психологічний стан, якість життя) пацієнтів на тлі збереження постійних біохімічних показників. У такий спосіб, з огляду на психосоматичний підхід, треба відрізняти специфічні і неспецифічні критерії ефективного лікування в психотерапії і в інших галузях медицини.

Індивідуальні програми з усвідомленим вільним вибором хворим стратегії лікування, харчування, активності, спілкування приводять актуальні ресурси у відповідність новим життєвими цілям за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії. У свою чергу, корекція за принципом вільного вибору, розширення

можливостей (а не заперечень) сприяє відновленню актуальних ресурсів у ланцюжку «біо- — психо- — соціо-»: психотерапія, психогігієна, адекватна медикаментозна терапія, низькокалорійна дієта, фізичні навантаження, активний спосіб життя.

Таким чином, виконана за нашою схемою комплексна корекція приводить у відповідність новим життєвим цілям актуальні ресурси за рахунок адекватної трансформації життєвої стратегії. Ми одержали довгодіючий стійкий ефект від застосування програми «САНА», що значно перевищує ефективність її окремих компонентів.

Список літератури

1. Есаян Н. Ф. Психосоматика детского возраста и психоанализ // Российский психоаналитический вестник. — 1993–1994. — № 3–4. — С. 71–76.
2. Коваленко А. Н., Логановский К. Н. Синдром хронической усталости и метаболический синдром X у пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы // Укр. мед. журнал. — 2001. — № 6 (26). — С. 70–81.
3. Метаболічний синдром X // Там само. — 2001. — № 4 (24). — С. 93–96.
4. Михайлов Б. В., Табачников С. И. и др. Патогенетические механизмы, клиника, дифференциальная диагностика и принципы терапии соматоформных расстройств // Проблемы медицинской науки и образования. — № 2. — 2001. — С. 22–26.
5. Фрейд З. Психология бессознательного. — Г.: Просвещение, 1989. — 448 с.
6. Чабан О. С., Хаустова О. О. Психосоматична медицина (аспекти діагностики і лікування). — К.: ООО «ДСГ Лтд», 2004. — 96 с.
7. Bao W., Srinivasan S. R., Wattigney W. A., Berenson G. S. Persistence of multiple cardiovascular risk clustering related to syndrome X from childhood to young adulthood // Arch. Intern. Med. — 1994. — Vol. 154. — P. 1842–1847.
8. Barclay L. New Definition of the Metabolic Syndrome: A Newsmaker Interview With Sir George Alberti, MA, DPhil, BMBCCh. — <http://www.medscape.com/viewarticle/503419>
9. Barefoot J. C., Larsen S., von der Lieth L., Schroll M. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women // Am. J. Epidemiol. — 1995. — Vol. 142. — P. 477–484.
10. Fukunishi J. Social desirability and alexithymia // Psychol. Rep. — 1994. — Vol. 75. — P. 835–838.
11. Kleinberg J. Working with the alexithymic patient in groups // Psychoanalysis and Psychotherapy. — 1996. — Vol. 13. — P. 15.
12. Matthew H. Occupational factors and unexplained physical symptoms // Advances in Psychiatric Treatment. — 1998. — Vol. 4. — P. 151–158.
13. Orchard T. J., Temprosa M., Goldberg R., Haffner S. Effect of Metformin and Intensive Lifestyle Intervention on the Metabolic Syndrome: The Diabetes Prevention Program Randomized Trial // Annals of Internal Medicine. — 2005. — Vol. 142. — Issue 8. — P. 611–619.
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. Reddy S. S. Incremental Lifestyle Changes Can Ward Off Syndrome X. — <http://familydoctor.org/788.xml>
16. Rejeski W. Cooperative Lifestyle Intervention Program (CLIP). — <http://clinicaltrials.gov/ct/gui/show/NCT00119795;jsessionid=E5E1DDA144430B28B2D922A166BE204E?order=5>
17. 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.
18. Wolff H. Life stress and bodily disease. In: Life stress and bodily disease / H. Wolff et al. (Eds.). — Baltimore: Williams, WHO, 1996.

Надійшла до редакції 06.12.2005 р.

О. А. Хаустова

Комплексная программа «САНА» в лечении метаболического синдрома X (психосоматический подход)

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

Психосоциальные факторы, образ жизни влияют на развитие метаболического синдрома X (MSX). Психосоматический аспект диагностики MSX предполагает поиск диагностических маркеров, сопряженных в течение жизни с актуальной жизненной стратегией пациента. В рамках многоосевого метода диагностики мы обследовали 316 человек. Полученные данные указывают на достаточную достоверность выявления диагностических маркеров метаболического синдрома X, что позволило нам сформировать комплексную лечебную программу «САНА» с конкретными психотерапевтическими «мишенями». Программа включает в себя соматическую терапию, психофармакотерапию, индивидуальную и групповую психотерапию. Программа «САНА» позволяет получить длительный и стойкий эффект терапии.

О. О. Khaustova

Complex program “SANA” in metabolic syndrome X treatment (psychosomatic approach)

Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Substance Abuse of Ukraine (Kyiv)

Psychosocial factors, lifestyle influence upon development of metabolic syndrome X (MSX). The Psychosomatic aspect of diagnostics MSX expects searching for of diagnostic markers associate during lives with actual life strategy of patient. Within the framework of multiaxial method of diagnostics we examine 316 persons. Got data point the diagnostic markers of metabolic syndrome X to sufficient validity of revealing that has allowed us to form the complex medical program “SANA” with concrete psychotherapeutic “dartboards”. The program is consist of general somatic therapy, psychopharmacotherapy, individual and group psychotherapy. The program “SANA” allows getting prolonged and firm effect of treatment.