

респондентов отметили, что они постоянно или несколько раз в неделю чувствуют усталость перед школой, при этом 20 % подростков проводят в интернете более 5 часов в день. Имеется ряд симптомов интернет-зависимости — около 50 % всех подростков отмечают, что находятся он-лайн больше, чем планировали, а 30 % используют интернет, чтобы «убежать от проблем или вернуть себе хорошее настроение». Среди опрошенных 6,3 % сообщили о суицидальных попытках в течение последних 6-ти мес., в то время как думали о попытке 38 % подростков. Обнаружены достоверные корреляции между интенсивностью суицидальных мыслей и такими сферами, как зависимость от интернета, социально-экономические проблемы семей, несуицидальные самоповреждения и психосоматические нарушения.

Выявленные проблемные сферы являются основанием для разработки программ с непосредственной реализацией в школах и других учебных заведениях, направленных на широкую профилактику аутодеструктивных тенденций, зависимостей, проявлений депрессии и на этой основе создающих возможности суицидальной превенции. Основой таких программ служит образовательная стратегия, направленная на профилактику развития патопсихологических и психопатологических нарушений, в частности, различных проявлений аутодеструктивного поведения. Основным методом работы с учащимися являются интерактивные психокоррекционные встречи с элементами ролевой игры, на которых обсуждаются главным образом следующие темы: «Что такое психическое и психологическое здоровье?», «Как справиться со стрессом или кризисом в жизни и отношениях?», «Психологические ловушки ухода от реальности: безделье, протест, интернет, пивное общение и т. д.», «Что такое депрессия?», «Что делать, если возникает суицидальные мысли?» и т. д.

В ходе реализации программы подростки осваивают навыки получения эффективной поддержки и помощи в проблемном состоянии. Обсуждаются следующие вопросы: что такое самопомощь, как оказать помощь друг другу, как запросить и получить помощь у ближайшего взрослого окружения, о чем обязательно нужно поговорить со взрослыми и т. д. Важным аспектом информирования будут сведения об особенностях и доступности профессиональной помощи, которую подросток может получить самостоятельно. Эффективность данной программы и включенной в нее образовательной стратегии будет оцениваться нами в ходе дальнейшей работы, путем повторного опроса по истечению 3—4 месяцев.

УДК 616.858-008.6-008.19-008.47:159.96

Д. Ю. Сайко

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

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКОЙ СТРУКТУРЫ ОРГАНИЧЕСКОГО ЭМОЦИОНАЛЬНО ЛАБИЛЬНОГО РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ У БОЛЬНЫХ С БОЛЕЗНЬЮ ПАРКИНСОНА

Среди нейропсихиатрических заболеваний болезнь Паркинсона (БП) привлекает особое внимание тяжестью своего течения, недостаточностью изученности, затруднениями в эффективной диагностике и несвершенством методов лечения [Левин О. С., 2006; Braak H., 2005]. Наличие коморбидных психических расстройств у больных БП существенно ухудшает качество жизни больных, затрудняет подбор терапии и неблагоприятно влияет на течение БП [Т. Н. Калищук-Слободин, Ю. И. Головченко, С. И. Шкробот с соавт., 2007; С. П. Московко, Г. С. Московко, 2008; Aarsland D., 2001]. Однако диагностика психической патологии при БП крайне осложнена мультифакторностью их патогенеза и клинической схожестью с проявлениями самой БП, что обуславливает актуальность данного исследования.

Целью данного исследования было изучение этиопатогенетических факторов формирования и клинико-психопатологических особенностей протекания органического эмоционально лабильного расстройства (F 06.6) у больных с БП.

Основную группу исследования составили 52 больных БП с органическим эмоционально лабильным расстройством (F 06.6), контрольную — 76 больных БП без психической патологии.

Использовались клинико-психопатологический метод (сбор жалоб, анамнеза, клиническая беседа), психометрические методы (шкала оценки позитивной и негативной симптоматики (PANSS), шкала Монтомери — Асберга (MADRS), клиническая шкала оценки тревоги (CAS), краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination — MMSE), рейтинговая шкала оценки болезни Паркинсона (MDS-UPDRS), шкала

дневной активности Шваб и Ингланд) и методы математической статистики.

Согласно данным исследования, органическое эмоционально лабильное расстройство (F 06.6) формировалось преимущественно у мужчин (98,1 %) в возрасте $69,4 \pm 2,8$ лет, занятых в сфере физического труда (71,2 %) со средним (среднеспециальным) образованием (67,3 %), с длительностью заболевания БП $20,3 \pm 1,4$ лет (при $p < 0,05$), при акинетико-ригидно-дрожательной форме ($r = 0,6$), медленном типе прогрессирования ($r = 0,8$) на 3—4-й стадии БП ($r = 0,72$). У больных БП с эмоционально лабильным расстройством фиксировалось наличие перинатальной патологии в анамнезе (65,4 %), наследственной отягощенности расстройствами личности (55,8 %) и алкогольной зависимостью (40,4 %), а также преобладание возбудимых преморбидных личностных особенностей (42,3 %).

Клинические проявления БП у больных с расстройством F 06.6, по сравнению с контрольной группой, были более выражены. Так, у больных БП с расстройством F 06.6 отмечалось наличие умеренно выраженной тяжести клиники БП (1,3—2,3 по шкале MDS-UPDRS), умеренных двигательных осложнений (1,5—1,8 по шкале MDS-UPDRS), умеренного когнитивного дефицита (75,0 %) и преобладание 60—50 % дневной двигательной активности (69,2 %), различия с контрольной группой статистически значимы при $p \leq 0,05$.

В качестве основных особенностей клиники органического эмоционально лабильного расстройства F 06.6 у больных БП были выделены: преобладание астенических расстройств органического генеза (92,3 %) в виде постоянного ощущения усталости выраженной степени ($2,4 \pm 0,3$ по шкале по шкале MADRS), эмоциональной лабильности, слабодушия, импульсивности умеренной степени (PANSS) (80,8—59,6 %), быстрой истощаемости психической деятельности, снижения уровня концентрации внимания, ригидности мышления, расстройств памяти, нарушений абстрактного мышления сильной степени (PANSS), ипохондрической мнительности (PANSS), расстройств воли средней степени (92,3—48,1 %); ухудшения коммуникативных функций (76,9 %), социальной отстраненности (53,8 %); расстройств сна (53,8 %) выраженной степени ($2,1 \pm 0,3$ по шкале MADRS), вегетативно-висцеральных кризов (44,2 %), головных болей (36,5 %).

Полученные результаты представляются целесообразным использовать при проведении дифференциальной диагностики психопатологии у больных болезнью Паркинсона.

УДК: 616.895.8-008.15

Самохвалов В. П.*, Самохвалова О. Е.**,
Вербенко В. А.***, Вербенко Г. Н.***

Deutsch-Russische Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie
und psychosoziale Gesundheit (г. Прага, Чехия)*;

Department of Psychiatry, Central Military Hospital — Military
University Hospital Prague, Czech Republic (г. Прага, Чехия)**;

ГУ «Крымский государственный медицинский университет
им. С. И. Георгиевского» (г. Симферополь)***

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПОЛИФАРМАЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРЫХ ПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ

По данным National Association of State Mental Health Program Directors (NASMHPD), описаны следующие варианты полифармации в лечении психических расстройств: полифармация одного класса, полифармация разных классов, адьюнктивная полифармация, аугментация, тотальная полифармация (same-class polypharmacy, multi-class polypharmacy, adjunctive polypharmacy, augmentation, total polypharmacy). Проблема полифармации заключается в повышенном риске побочных эффектов, усложнении комплайенса, стирании эффекта конкретного препарата, потребности в назначении дополнительных препаратов других химических групп с целью нивелирования побочных эффектов и др. (NASMHPD, 2001).

Целью данного исследования было изучение вариантов антипсихотической терапии среди стационарных больных с острыми приступами шизофрении в Чехии и на Украине. В исследование были включены двести участников из двух сайтов: Lнаре психиатрическая клиника, Чешская Республика ($n = 100$) и КРУ «Клиническая психиатрическая больница № 1», Крым, Украина ($n = 100$). Проведена сравнительная оценка позитивных и негативных симптомов (PANSS) при поступлении (острая стадия) и при выписке (этап стабилизации) из больницы в изучаемых группах больных. В результате исследования было выявлено, что часто встречаемости антипсихотической политерапии значительно выше в Чехии (43 %), чем в Украине (29 %). Использование

комбинации традиционных антипсихотических препаратов (ТАП) и атипичных антипсихотических препаратов (ААП) при поступлении в шесть раз чаще встречалось в Чешской Республике (31 %), чем в Украине (5 %, $p < 0,001$). В то же время 24 % украинских стационарных больных получали комбинацию из двух или более ТАП, по сравнению с 12 % чешских стационарных больных ($p < 0,05$) при поступлении, со снижением до 4 % и 9 % соответственно, при выписке ($p < 0,05$). Назначение без прямых показаний антидепрессантов и стабилизаторов настроения гораздо более распространено в Украине (65 % и 54 %, при госпитализации и выписке, соответственно), чем в Чехии (40 % и 29 %, при госпитализации и выписке, соответственно). Монотерапия острого психоза в Чешской Республике (20 %, преимущественно ААП) отмечалась в три раза чаще, чем в Украине (8 %, главным образом ТАП, $t = 4,63$, $p < 0,001$). При стабилизации психического состояния отмечалась тенденция к увеличению монотерапии антипсихотиком: с 20 % до 33 % в Чешской Республике и от 8 % до 18 % в Украине. Выявлено, что в Украине в 3 раза чаще назначают сопутствующую терапию препаратами соматического профиля. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что в основном назначаются ТАП, дающие больше осложнений антипсихотической терапии, а с другой стороны — тем, что более качественное соматическое лечение и обследование для психически больных в Украине можно сделать лишь в психиатрической больнице, а соматические заболевания чаще выявляются на более поздних стадиях. В Чешской республике процент стоимости лечения острого психоза от дохода пациента достоверно выше, чем в Украине. И это связано со значительно более частым назначением ААП и их комбинаций.

В результате исследования было выявлено, что, несмотря на большую тяжесть острых психозов, по данным клинической оценки при сравнительных исследованиях, монотерапия психоза и сочетания ТАП и ААП в Чешской республике позволяют значительно быстрее достичь выхода из психоза, однако требуют больших капиталовложений. Преимущественная тотальная полифармация и комбинации ТАП в Украине приводят к большей продолжительности психоза, но требуют меньших капиталовложений. В обеих странах полифармация достаточно логически не обоснована клиническими данными, а лишь предполагает принципы: а) полиморфная клиника требует полифармации, б) удачный опыт терапии предыдущего эпизода следует повторить в текущем эпизоде. Субъективное обоснование полифармации шизофрении отмечается также во многих работах по данной проблеме (Hovstadius B. et al., 2010).

УДК 159.922

Т. В. Селюкова

Харьковская медицинская академия последипломного образования

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ

Большинство людей после перенесенной травмы или чрезвычайной ситуации справляются с ней и возвращаются к норме. Тем не менее одни индивиды переживают дистресс, у других появляются изменения в поведении, а у некоторых после этого развиваются психические заболевания. Уровень психиатрической заболеваемости зависит от ряда факторов, например от типа чрезвычайной ситуации, степени подверженности ее воздействию, степени тяжести повреждений, значительности угрозы жизни, а также от продолжительности личностной и общественной дезинтеграции. Временами психотравмирующие события и чрезвычайные ситуации могут оказывать и благотворное влияние, выступая в роли интегрирующих событий, способствующих формированию чувства цели и представляющих благоприятную возможность накопления опыта позитивного роста. Последствия травмы и чрезвычайной ситуации могут повторно проявиться в связи с новыми переживаниями, которые напоминают человеку о том, что с ним произошло. Они также сказываются и на обществе, которое является средой выздоровления для тех, кто подвергается или подвергался влиянию психотравмирующего события.

Чем больше «доза» травматических стрессоров, тем выше вероятность того, что у индивида или группы индивидов будет высокий уровень психиатрической заболеваемости. К группе самого высокого риска относятся первичные жертвы, их близкие, а также сотрудники служб, оказывающих экстренную помощь и поддержку. Посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР) — не единственное и, вероятно, не наиболее распространенное расстройство, связанное с травмой. У людей, подвергшихся воздействию травмы и побывавших в чрезвычайной

ситуации, повышен риск возникновения депрессии, генерализованного тревожного расстройства, панического расстройства и усиления злоупотребления психоактивными веществами.

На развитие ПТСР влияет степень разрушения сообщества и рабочего места. Сразу же после возникновения чрезвычайной ситуации индивиды и сообщества реагируют либо адаптивными и эффективными способами или принимают решения, основанные на страхе, результатом которых будут бесполезные формы поведения. Психическое заболевание и психологические функции, включая подпороговый дистресс индивида, зависят от быстрой, эффективной и надежной мобилизации работников МЧС, психологов, медиков. Компетентность в вопросах устойчивости и уязвимости на уровне индивида и сообщества до катастрофы, равно как и понимание психологических и психических реакций на такое событие, позволяет руководителям, психологам, специалистам-медикам обращаться к общественности, содействуя безопасным здоровым формам поведения, поддерживая социальную структуру общества и помогая восстановлению. Чтобы эффективно обеспечивать потребности, необходимо, прежде чем возникнет кризис, понять, что адаптивные возможности каждого индивида и групп в пределах общества неодинаковые. Чрезмерное отождествление себя с жертвами («Это мог быть я»), их страданиями и горем может надолго затянуть реакцию страха. В такой обстановке механизм отождествления с жертвами может обернуться против человека, подобно аутоиммунному расстройству. Неизбежно в каждой чрезвычайной ситуации будут также люди, которые являются «молчаливыми» жертвами и часто остаются в стороне. Таких лиц нужно выявлять и оказывать им надлежащую помощь.

Психологические и психические реакции на психологическую травму и чрезвычайные ситуации имеют прогнозируемую структуру и течение во времени. Известны факторы, влияющие на сопротивляемость и уязвимость в отношении катастрофических событий. Необходима активная разработка новых психокоррекционных программ и эффективных методов лечения посттравматического стрессового расстройства.

УДК 613.86: 613.956: 613-071-037: 613.6

Сергета І. В., Браткова О. Ю., Мостова О. П., Панчук О. Ю., Стоян Н. В., Дунець І. Л.

Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова (м. Вінниця)

АКТУАЛЬНІ ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДОНОЗОЛОГІЧНИХ ЗРУШЕНЬ У СТАНІ ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я УЧНІВ ШКІЛЬНОГО ВІКУ І СТУДЕНТІВ

Рання діагностика, адекватна профілактика та своєчасна корекція донозологічних станів в теперішній час є одним з найбільш ефективних способів збереження і зміцнення психічного здоров'я дітей, підлітків і молоді. У цьому контексті слід відзначити, що донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як проміжні між нормою і патологією стани необхідно розглядати, виходячи з трьох провідних позицій: перша визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я або як певні стани здоров'я, що не відповідають критеріям середньостатистичної норми, або як певні субпорогові психічні та поведінкові розлади, що можуть бути виділені як самостійний варіант патологічних проявів (окремі прояви розумової відсталості, синдром дефіциту уваги з гіперреактивністю тощо), друга — характеризує донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як порушення перебігу процесів адаптації (різноманітні порушення перебігу процесів психічної, психофізіологічної і соціально-психологічної адаптації тощо), третя — визначає донозологічні зрушення у стані психічного здоров'я як стан передзахворювання (ранні дисфункціональні прояви психопатологічного (невротичні реакції тощо), неврологічного (розлади мовлення, цефалгічний синдром тощо) та соматовегетативного (астено-вегетативні прояви тощо) характеру).

Метою проведеного дослідження було розроблення та наукове обґрунтування методики скринінгової оцінки ступеня ризику виникнення донозологічних зрушень у стані психічного здоров'я учнів шкільного віку і студентів як адекватного засобу профілактики імовірних психічних відхилень та розладів.

Дослідження проводилось на базі сучасних шкіл та медичного вищого навчального закладу на підставі використання поширених у гігієнічній та психодіагностичній практиці методів і методик. У зв'язку з цим в центрі наукової роботи було вивчення особливостей розвитку провідних психофізіологічних функцій, особливостей особистості, показників перебігу соціально-психологічної, психофізіологічної і психічної адаптації тощо.