

**СТЕНДОВІ ДОПОВІДІ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ
З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ
«СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ПСИХІЧНОГО
ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ»
15-16 вересня 2011 р., м. Київ**

Н.А. Марута, М.В. Данилова

**ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У БОЛЬНЫХ
ДЕПРЕССИЯМИ ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г. Харьков

Особую медико-социальную проблему у пациентов с рассеянным склерозом представляют суициды, возникшие в структуре депрессивных расстройств. Согласно данным проведенных исследований, частота попыток и осуществления суицидов у больных рассеянным склерозом выше, чем у пациентов с другими заболеваниями нервной системы и в 7,5 раза выше, чем в популяции, что обуславливает актуальность изучения особенностей суицидогенеза, основных причин и факторов способствующих формированию аутоагрессии у этих больных.

Целью данного исследования явилось изучение суицидогенных факторов у больных депрессией при рассеянном склерозе.

В качестве методов исследования использовались: клиничко-психопатологический метод, включающий сбор и изучение анамнеза и психометрические методы: шкала намерения суицидов (BSIS) - для выявления аутоагрессивных мотиваций; способ определения суицидального риска; способ оценки самосознания смерти.

Обследовано 269 больных рассеянным склерозом, из которых основную группу составили 157 больных депрессиями с признаками суицидального поведения; контрольную группу I - больные с депрессивными расстройствами без признаков аутоагрессивного поведения в количестве 81 человек; контрольную группу II - 31 больной с суицидальным поведением без признаков депрессивных расстройств.

Наибольшая частота аутоагрессивного поведения фиксировалась у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией - 52,9 % (от выборки больных основной группы). Формированию суицидальности у данных больных способствовал высокий уровень суицидального риска ($43,1 \pm 2,7$), низкий уровень самосознания смерти ($19 \pm 2,4$) и высокий уровень суицидальной мотивации ($24,1 \pm 3,1$).

Проявления аутоагрессивного поведения у больных с депрессивными реакциями были зафиксированы в 15,9 % случаев. Данные больные характеризовались

высоким уровнем суицидального риска ($30,8 \pm 3,8$) при высоком уровне самосознания смерти ($37 \pm 1,5$) и низком уровне мотивации суицида ($10,0 \pm 1,2$), что выступало в качестве фактора, блокирующего реализацию суицидального поведения.

У больных органической депрессией при рассеянном склерозе наличие аутоагрессивного поведения фиксировалось в 31,2% случаев, отмечался средний уровень суицидального риска ($27,2 \pm 2,2$), самосознания смерти ($25 \pm 0,9$) и суицидальной мотивации ($15,0 \pm 3,8$), что подтверждало важность других факторов риска, участвующих в формировании и реализации аутоагрессивного поведения у данных больных.

В целом в качестве основных факторов риска формирования суицидального поведения у больных депрессиями при рассеянном склерозе, выделены: наличие у больного рассеянным склерозом депрессивного эпизода или рекуррентной депрессии; вторично-прогрессирующий тип течения рассеянного склероза и его спинальная клиническая форма; развитие депрессии у больных с длительностью заболевания рассеянным склерозом от 1 до 10 лет, в возрасте от 36 до 45 лет, работающих в сфере умственного труда и имеющих высшее образование; плохие материально-бытовые условия жизни больных; наследственная отягощенность психическими расстройствами, преимущественно аффективного регистра, перинатальная патология и невропатическая конституция в анамнезе; преобладание в преморбиде больного дистимических, тревожных, педантичных и циклотимических личностных особенностей; наличие хронических стрессовых воздействий, связанных с ухудшением материально-бытового состояния больного, угрозой или потерей социального статуса; низкий уровень самосознания смерти.

Выделенные факторы риска необходимо учитывать в диагностике и терапии больных депрессиями при рассеянном склерозе с целью прогнозирования и профилактики суицидального поведения у данных больных.

Н.А. Марута, Л.Т.Сновида
ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ
У БОЛЬНЫХ ДЕПРЕССИЯМИ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», г.Харьков

На основании обследования 128 больных (63 женщины и 65 мужчин) с депрессивными расстройствами (F32.1 и F33.1) был проведен анализ суицидального поведения в структуре данной патологии.

Согласно результатам исследования в суицидальном поведении у мужчин с депрессивными расстройствами преобладают суицидальные попытки (72,3%) над суицидальными мыслями, решениями, намерениями (27,7%). В структуре суицидальных попыток у мужчин доминируют истинные суицидальные попытки (89,4%) над демонстративными суицидами (10,6%). Наиболее суицидоопасными для мужчин является первый депрессивный эпизод (56,8%). Распространенными способами совершения суицида у депрессивно больных мужчин являются самоповешение (51,1%) и огнестрельные ранения (23,4%).

У больных депрессиями женщин преобладают суицидальные мысли, решения, намерения (79,4%) над суицидальными попытками (20,6%). В структуре суицидальных попыток у женщин доминируют демонстративные суициды (69,2%) над истинными (30,8%). Наиболее суицидоопасными для женщин являются повторные депрессивные эпизоды (61,9%). Распространенными способами совершения суицида у депрессивно больных женщин являются отравления

медикаментами, другими химическими веществами (53,8%) и самопорезы (30,8%).

Исследования показали, что у больных депрессиями мужчин с суицидальным поведением преобладают выраженная (37,3±3,6 баллов по шкале Гамильтона) апато-адинамическая (36,9%) и выраженная (34,5±2,7 баллов) тоскливая (30,8%) депрессии, с высоким суицидальным риском (49,8±3,3 балла при апато-адинамической депрессии и 41,9±2,0 балла - при тоскливой) и низким самосознанием смерти (9,9±1,2 балла при апато-адинамической депрессии и 10,1±1,4 балла - при тоскливой).

У женщин депрессивное расстройство проявляется выраженным (24,2±1,7 баллов) тревожно-ажитированным (34,9%) и невыраженным (14,5±1,3 баллов) истерическим (30,2%) синдромами, с высоким суицидальным риском (32,5±1,9 балла при тревожно-ажитированной депрессии и 26,1±1,7 балла при истерической) и низким самосознанием смерти (12,4±1,5 балла) при тревожно-ажитированной депрессии и высоким (28,1±2,3 балла) при истерической депрессии.

Результаты проведенных исследований должны учитываться при проведении лечебных и профилактических мероприятий у данного контингента пациентов.

І.Ф. Здорик

**ПРИНЦИПИ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ЖІНОК,
 ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ,
 ПОЄДНАНІ З ГІПЕРТОНІЧНОЮ ХВОРОБОЮ**

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

Проблема зростання кількості серцево-судинної та психіатричної патології визнана провідними фахівцями у всьому світі. Наявність психічних розладів, які поєднуються з соматичним захворюванням, суттєво впливає на перебіг хвороби, порушує суб'єктивне сприйняття хворим її динаміки, знижує ефективність лікування, утруднює реабілітацію, підвищує відсоток інвалідності.

Важливим аспектом при наявності депресивного розладу, поєданого з гіпертонічною хворобою, є порушення когнітивного функціонування. Існує прямий та зворотній зв'язок когнітивного дефіциту та кардіальної патології. На наш погляд, наявність супутньої гіпертонічної хвороби привносить певні особливості в структуру когнітивних порушень. Це обумовлює диференційованість в підході до

діагностики та лікування даної категорії порушень.

Вибір препаратів для лікування депресивного розладу має визначатися їх високою терапевтичною ефективністю, гарною переносимістю, вибірковістю дії, відсутністю або незначною вираженістю побічних ефектів та небажаних проявів, особливо з боку серцево-судинної систби. Необхідною умовою є безпечність застосування препаратів в звичайних терапевтичних дозах при довготривалих курсах терапії.

Оскільки основним механізмом пошкодження мозкової тканини при кардіальній патології є гіперперфузія, що призводить до гіпоксії, доцільним є призначення антигіпоксантів та антиоксидантів. Недостатність обмінних процесів, пов'язаних з енергетичною недостатністю нейронів, та розвиток

когнітивних порушень обумовлює призначення препаратів з метаболічною дією. Однак, як правило, ці пацієнти вже отримують достатньо велику кількість медикаментів, а курс терапії є довготривалим. Призначення додаткових препаратів може привести до зниження комплаєнтності та зростання ризику лікарських взаємодій й побічних ефектів. Тому рекомендовано призначення ліків, що впливають на декілька ланок патологічного процесу та застосування

немедикаментозних засобів корекції когнітивних порушень.

Включення в терапію немедикаментозних засобів корекції (тренінгів, когнітивної психотерапії тощо) сприяє активному залученню самого пацієнта в процес лікування, делегує йому частину обов'язків лікаря і, як наслідок, підвищує відповідальність хворого за стан свого здоров'я та динаміку процесу одужання.

О.П. Романів

МОТИВАЦІЙНА ОСНОВА СУЇЦИДАЛЬНИХ СПРОБ У МЕШКАНЦІВ ЗАКАРПАТТЯ

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

Сумарні дані (досліджень в різних країнах майже за 50 років) посмертної психолого-психіатричної експертизи осіб, що скоїли суїцид, свідчать про 90% ураження цього контингенту психічними розладами. Відповідно, це: уніполярна та біполярна депресія, залежність від психоактивних речовин, шизофренія та розлади особистості. Світові дослідження афективних розладів та суїцидальної поведінки виявили певне співвідношення між ними.

Отже, наукові дослідження свідчать, що більшість осіб з незавершеними суїцидальними спробами не мають клінічно окреслених психічних розладів. Причому, частина з них наголошують, що майже 90% спроб суїциду мають депресивні феномени в своїй мотиваційній основі.

Було вивчено 60 випадків суїцидальних спроб за 2011 рік у мешканців Закарпаття, які не мали клінічних ознак психічного розладу (уніполярна та біполяр-

на депресія, залежність від психоактивних речовин, шизофренія та розлади особистості) та не перебували під наглядом психіатра. За мотиваційною структурою суїцидальних реакцій у чоловіків і жінок домінує самопокарання, на другому місці – уникнення; причому самопокарання більш притаманне жінкам, а уникнення - чоловікам. Пік мотивації самопокарання незалежно від статі приходить на вік 20-29 років. У чоловіків, на відміну від жінок, не було зареєстровано демонстративно-шантажної мотивації; вони піддані реакціям протесту/помсти. Отже, дані дослідження дозволять припустити, що в основі суїцидальної мотивації у мешканців Закарпаття в більшості зареєстрованих випадків були субклінічні депресивні прояви. Наступним кроком є верифікація гіпотези шляхом збільшення контингенту досліджених та застосування відповідної психометрії феномену депресії.

І.В. Лазебник

ГІПЕРВЕНТИЛЯЦІЯ ЯК МАРКЕР ТРИВОЖНИХ РОЗЛАДІВ

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

Проведено клініко-психопатологічне дослідження тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х, пацієнти були обстежені за допомогою шкали реактивної тривоги Спілбергера-Ханіна, госпітальної шкали тривоги и депресії (HAD), шкали оцінки якості життя (О.С. Чабан, 2008р.), Торонтської алекситимічної шкали, гіпівентиляційної проби (Чабан О.С., Хаустова О.О., Лазебник І.В).

Об'єктом дослідження були тривожні розлади у 306 пацієнтів віком від 19 до 79 років, які перебували на стаціонарному лікуванні у Національному науковому центрі «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеско» АМН України і у профільних відділеннях ДКЛ №1 та

ДКЛ №2 ст. Київ. Для визначення клінічних особливостей тривожних розладів пацієнти були розділені на 2 групи. В першу групу ввійшли пацієнти з МСХ (201 особа - основна група), в другу – пацієнти без МСХ (105 осіб – контрольна група).

В дослідженні виявлено, що пацієнти з метаболічним синдромом Х показали вищий рівень алекситимії – 78 балів по зрівнянню з контрольною групою – 70,5 балів ($p < 0,01$), клінічні прояви тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом Х менш різноманітні, представлені в більшій мірі замаскованими проявами переважно на соматичному рівні панічними та генералізованими тривожними розладами.

За шкалою оцінки якості життя рівень в контрольній групі складав 14,21 бали, в пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 12,94 бали.

За шкалою Спілбергера-Ханіна рівень реактивної тривоги в контрольній групі складав у 41,6 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 44,2 балів; рівень особистісної тривоги складав в контрольній групі 16,1 балів, в групі пацієнтів з метаболічним синдромом Х – 48,2 балів.

Це може вказувати, що у пацієнтів з метаболічним синдромом Х в генезі тривожних розладів, вищих за рівнем проявів, ніж в загальній популяції, також вищу роль грають особистісні фактори, чи внаслідок довготривалості розладу з хронічною гіпервентиляцією наступають особистісні зміни з соматичними порушеннями, *характерними для «хвороб глибокого дихання» (термін по К.П. Бутейко).*

Прояви хронічної гіпервентиляції у пацієнтів з МСХ за даними гіпервентиляційного тесту наряду з вираженими соматичними ознаками (які мали дуже широкий спектр та інтенсивність) виникали панічні напади в 83,5 %, у пацієнтів загальної популяції вони виникали в 10,5%, соматичні прояви були також менш виражені та відрізнялись меншим спектром проявів.

Більшість пацієнтів, яким проводилась гіпервенти-

ляційна проба відмічали покращення свого самопочуття: 87,6% з метаболічним синдромом Х та 74,4% контрольної групи, зниження напруги та рівня тривоги, супутніх соматичних симптомів в порівнянні із своїм станом до виконання гіпервентиляційної проби. Що, вочевидь, було зумовлено умовно-рефлекторним (з відповідними біохімічними, фізіологічними та психічними змінами) підвищенням стійкості до розвитку гіпероксигенації та гіпокапнії, пов'язаних з розвитком тривоги. При подальшому регулярному її виконанні вони відмічали зниження рівня тривоги та проявів соматички. Пацієнти відмічали покращення свого самопочуття, ті, в кого був панічний розлад, знімали розвиток панічної атаки виконанням гіпервентиляції на зразок проби, напади тривоги по їх особистим відчуттям були менш виражені чи зникли.

В ході дослідження було виявлено тісний зв'язок тривожних розладів у пацієнтів з метаболічним синдромом з наявністю гіпервентиляційного синдрому, їх вищу вираженість та тривалість у порівнянні з контрольною групою.

Науково обґрунтовано, розроблено та впроваджено спосіб діагностики тривожних розладів та функціональний спосіб терапії тривожних розладів шляхом впливу на гіпервентиляційний синдром.

О.С. Чабан, Е.В. Москаленко-Моспаненко

«ВОЙНА С ЕДОЙ» КАК РАЗНОВИДНОСТЬ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины

Дорожная клиническая больница №1г.Киев

На сегодняшний день тема изучения аутоагрессивного поведения предельно актуальна. Определение агрессии и агрессивности как реакции личности на враждебную человеку окружающую действительность (Хорни, Фромм) позволяет предположить, что социально-экономические условия могут вызывать рост в том числе и аутоагрессивного поведения, при котором субъект и объект совпадают. Под аутоагрессивным поведением понимают действия, направленные на нанесение какого-либо ущерба своему соматическому или психическому здоровью, не имеющее конечной цели лишения себя жизни.

А.Е. Брюхин и М.Б.Сологуб (2004) трактуют клинические феномены, в частности нервную анорексию («стойкое, сознательное ограничение в еде приводившее к тяжелым сомато-эндокринным расстройствам») – как проявления аутоагрессии.

Целью нашего исследования было изучить уровень агрессивности у пациенток, страдающих нервной анорексией. Изучение анамнестических данных и психического статуса 43 пациенток с нервной анорексией установило, что каждая из них имела и иные виды аутоагрессивного поведения, такие как табакокурение,

злоупотребление алкоголем, булимия, выраженный трудоголизм с нарушением режима труда и отдыха, самоповреждения различного характера, занятия экстремальными видами спорта, управление автомобилем в нетрезвом виде, превышение скорости, случайное употребление большого количества таблеток. Причем 2 пациентки имели все вышеперечисленные характеристики, в то время как у других были комбинации из 2 или 3. Изолированной нервной анорексии не было ни у одной пациентки в исследуемой группе.

Уровень агрессивности оценивали с помощью опросника Басса-Дарки. У всех пациенток исследуемой группы уровень агрессивности был достоверно выше нормального (величина ее индекса равна 21 ± 4), и составил в среднем 28 ± 3 .

Психоаналитические наблюдения показывают, что особыми факторами при анорексии являются бессознательные агрессивные импульсы к обладанию, такие как зависть и ревность. Эти импульсы, подавляемые совестью, могут приводить к тяжелым нарушениям аппетита. Наши наблюдения в рамках групповой психотерапии подтверждают другой психологический фактор, характерный для больных анорексией, бессоз-

нательную реакцию злости. Большинство пациенток описывали свой отказ от еды как «протест, принуждение родителей уделять им особое внимание, заставить их поволноваться», при этом примерно 80% пациенток главной эмоциональной проблемой обнаруживали чувство вины.

Наши наблюдения позволяют говорить о том, что лишь на этапе активной терапии нервной анорексии необходимо медикаментозное лечение и поведенческая психотерапия, на всех других этапах более эффективной будет психодинамическая психотерапия, направленная в том числе и на аутоагрессивные тенденции пациенток.

Е.А.Хаустова

ОПТИМИЗАЦИЯ ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ДЕПРЕССИЙ

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

По данным функциональной нейровизуализации у пациентов с депрессией в лимбических структурах (особенно в гиппокампе) и в префронтальной коре снижены локальный мозговой кровоток и метаболизм глюкозы. Эти нарушения ассоциируются с повреждением соответствующих мозговых зон в виде нарушения морфологии и функции дендритов (укорочения, снижения числа шипиков и синаптических контактов) и проводящих путей, а также снижения метаболизма и гибели части нервных и глиальных клеток. Однако, процесс деструкции потенциально обратим благодаря нейропластическим процессам нейрогенеза и репарации нервной ткани. Кавинтон обладает нейропротекторным действием (активизирует дефицитный обмен веществ; увеличивает энергетическую емкость мозга путем улучшения утилизации глюкозы, кислорода и темпов синтеза аденозинтрифосфата; увеличивает концентрацию нейромедиаторов норадреналина, допамина, ацетилхолина и серотонина. Однако, прицельная коррекция нарушений стрессиндуцированной (в рамках патогенеза депрессии) и/или коморбидной (сосудистого, метаболического генеза) нейропластичности является недостаточно используемым резервом в улучшении эффективности терапии депрессивных состояний.

Цель исследования. Оценка эффективности и безопасности сочетанной терапии СИОЗС и кавинтоном у пациентов с большим униполярным депрессивным расстройством (БДР)

Методы и материалы. Были обследованы 2 группы пациентов с БДР, основная (36 больных) и контрольная (32 больных). В зависимости от типа депрессии (тоскливой, тревожной, апато-адинамической)

больные обеих групп в течение 28 дней получали один из антидепрессантов группы СИОЗС (эсциталопрам, пароксетин или сертралин) в адекватных состоянию суточных дозах. В основной группе дополнительно назначался кавинтон ежедневно внутривенно капельно, начиная с 20 мг, далее 30, 40, 50, 50, 50, 50 мг в течение 7 дней с переходом на Кавинтон форте по 1 таблетке (10 мг) 3 раза в день - 21 день. Эффективность терапии в обеих группах сравнивалась по шкалам MADRS, GCI-S, GCI-I-I; показателям клинической динамики депрессивных нарушений и выраженности побочных эффектов в ходе курсовой терапии.

Результаты. Было установлено, что терапевтический эффект сочетанного применения антидепрессантов с кавинтоном в основной группе больных превышает таковой в контрольной группе, особенно при лечении апато-адинамических депрессий, причем прирост эффективности более значим при сочетании эсциталопрама с кавинтоном. Кроме того, в основной группе было более быстрое (на 1-2 недели в зависимости от типа депрессии) наступление и большую степень выраженности терапевтического эффекта в ходе курсового лечения. Пациенты основной группы также отмечали \approx в 2 раза меньшую частоту побочных явлений, психических и сомато-вегетативных, по сравнению с контрольной.

Выводы. Сочетанное применение антидепрессантов с кавинтоном способствует повышению эффективности и лучшей переносимости терапии депрессии. Наличие явления нейропластичности, необходимо учитывать при дальнейшей разработке стратегий комплексной терапии аффективных расстройств

В.А. Ломтева
САМОСТИГМАТИЗАЦІЯ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК КЛИНИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ
ИНДИКАТОР КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ
ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Киевская городская клиническая психиатрическая больница №1

В современном обществе наблюдается тенденция к деинституционализации психически больных с активным исследованием вопросов их социальной реабилитации. Ведущим звеном в политике и деятельности мировых и отечественных служб оказания медико-социальной помощи лицам с психическими расстройствами является борьба со стигматизацией и дискриминацией этих пациентов.

Шизофрения является тяжелым хроническим психическим расстройством, начинающимся чаще в молодом возрасте, оказывающим влияние на разные стороны жизни пациента и приводящим к его инвалидизации. Одним из важнейших направлений психиатрической помощи и реабилитационной тактики при шизофрении является преодоление стигмы со стороны общества и самостигматизации как факторов, существенно влияющих на качество жизни и социального функционирования пациента. Эти показатели обозначены в работах отечественных психиатров как индикаторы качества медико-социальной помощи таким пациентам.

Переживание больным собственной неполноценности, несостоятельности по сравнению с окружающими

и связанное с этим чувство вины приводят к развитию самостигматизации. Это в свою очередь порождает появление враждебности, недовольства, снижение критичности к своему состоянию, непродуктивность взаимодействия с социумом и как результат, межличностным конфликтам и дополнительным стрессовым ситуациям.

Самостигматизация отдельного больного должна рассматриваться как совокупный результат клинических проявлений эндогенного заболевания, личностной структуры и особенностей его социального функционирования. В формирование этого феномена вносят вклад и особенности терапевтических вмешательств (побочные эффекты препаратов, сроки включения в терапию психотерапевтических воздействий и психообразовательных программ), и отношений с ближайшим окружением и профессионалами.

Все это обуславливает необходимость дальнейших исследований феномена самостигматизации и его коррекции для оптимизации оказания медико-социальной помощи больным шизофренией.

Е.А. Молчанова
ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ЛИЦ,
ДЛИТЕЛЬНО СТРАДАЮЩИХ ШИЗОФРЕНИЕЙ
Нежинская центральная городская больница, г. Нежин

По данным ВОЗ шизофрения входит в десятку заболеваний, наиболее часто приводящих к стойкой нетрудоспособности (инвалидизации) в популяции лиц молодого возраста (15-44 года). Иными словами, в отличие от других ослабляющих процессов шизофрения поражает молодых людей на пике их продуктивности и социального роста (Мосолов С.Н., 2010).

Большинство авторов указывают на то, что развитие психического дефекта при шизофрении обусловлено негативными симптомами шизофрении. Развитие методов нейровизуализации и интенсивное исследование нейрокогнитивных нарушений при шизофрении, позволяет считать последние важным компонентом симптоматики, участвующим в формировании дефекта и влияющим на уровень функционирования и социальной адаптации больного. Существенный вклад в формирование дефекта при шизофрении вносят изменения собственно личности больного, астения, явления самостигматизации.

В большинстве работ по исследованию шизофренического дефекта содержатся разносторонние описания клинических проявлений «слабоумия», «конечных» и «исходных» состояний. Как отмечает Юрьева Л.Н. (2010) в современной психиатрии критерий «исход» потерял доминирующее значение, т.к. применение психотропных препаратов замедляет, сглаживает, а иногда и маскирует наступление шизофренического дефекта. Традиционно применяется описанная в отечественной психиатрии типология дефектных состояний и варианты динамики дефекта. В современной классификации МКБ-10 отсутствуют необходимые для экспертной практики критерии уровней выраженности дефекта.

Данные о том, что лишь 7% общей продолжительности заболевания приходится на состояния психоза, когда больной нуждается в госпитализации, а остальное (93%) время он проводит в социуме, указывают на необходимость активного исследования вопросов социального функционирования и качества жизни

больных, длительное время страдающих шизофренией. Интересным также представляется исследование социальных когнитивных функций при шизофрении,

нарушение которых во многом определяет функциональный исход у таких пациентов.

Е.В. Харчук

**ПРОБЛЕМА КОГНИТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ,
АССОЦИИРОВАННОЙ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ**

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

Наряду с позитивной и негативной симптоматикой при шизофрении когнитивные расстройства могут считаться ключевыми феноменологическими маркерами в определении «глубины» шизофренического поражения. Ряд авторов (Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., 2004; Подвигин С.Н. и соавт., 2009) полагают, что когнитивный дефицит является определяющим в развитии социальной и трудовой дезадаптации. Существует обоснованное мнение о том, что когнитивные нарушения должны быть внесены в диагностические критерии шизофрении (Tandon, R., Nasrallah H., Keshavan M., 2009). Они присущи психической деятельности больных шизофренией, как и некоторые «минус-симптомы» даже в межприступный период, когда отсутствует позитивная психопатологическая симптоматика, а в большинстве случаев и предшествуют началу заболевания (Velligan D.I., Miller A.L., 2005).

В оценке когнитивных нарушений при шизофрении нейропсихологические методики, изучающие локализацию мозговых поражений, зачастую являются малоинформативными (Frith C., 1995), вследствие «диффузности» когнитивных расстройств, объединяемых общим термином «нейрокогнитивный дефицит». Таковую же «диффузность» имеют и когнитивные нарушения при гипертонической болезни, если только она не усугубилась острым расстройством мозгового кровообращения. Исходя из этих особенностей, представляется целесообразным исследовать когнитивную сферу данного контингента больных согласно «функциональным модулям» – вербальная память, зрительная память, селективность внимания и исполнительная функция, темп сенсомоторных процессов, ассоциативная продуктивность и запас семантической памяти. Среди многообразия методик исследования когнитивных функций следует предпочесть такие, которые являются наиболее употребляемыми и позволяют сравнить результаты обследования, проводимые в разных странах (Иванов М.В. и др., 2007). Такие тесты могут оценить до 4-5 когнитивных функций по отдельности, тем не менее, для полноты картины нейропсихологического исследования их результаты следует интерпретировать сообща.

Диффузность когнитивных расстройств, а также нередкое (по различным данным от 15 % до 19 % (-Brown S. et al, 2000; Davidson S. et al, 2001; Lieberman J.A. et al., 2005) сочетание шизофрении с гипертонической болезнью с также присущими ей когнитивными нарушениями представляет клинический интерес, обусловленный сосуществованием нарушений познавательной сферы как эндогенно-процессуального, так и экзогенно-органического происхождения – по А.И. Кудрявцеву (1982) и В.М. Блейхеру (1986).

Исходя из того, что когнитивный дефицит образуется при обоих этих заболеваниях, возникает клинический вопрос: насколько влияет присоединение гипертонической болезни на когнитивный дефицит и способны ли терапевтические вмешательства повлиять на его динамику?

Литература на этот счёт представляет разрозненные сведения (Петрова М.М., Березовская М.А., 2010), однако в целом авторы сходятся в мысли об усугублении когнитивных нарушений данной соматической патологией (Friedman J.I. et al., 2010; Подвигин С.Н., 2010). Предстоит ещё изучить влияние антигипертензивной терапии на когнитивные расстройства, однако существуют сведения, свидетельствующие о положительной роли ингибиторов АПФ и блокаторов кальциевых каналов в улучшении когнитивного функционирования не только при гипертонической болезни, но и при неосложненной шизофрении (Джуга Н.П., Козловский В.Л., 2009). Кроме того, имеются данные о применении блокаторов кальциевых каналов (нифедипин) в качестве корректора экстрапирамидных побочных эффектов нейролептиков, что в случае осложнения основного процесса артериальной гипертензией является дополнительным поводом к медикаментозной интервенции (Попов М.Ю., 2008). Исходя из этого, можно предположить позитивный терапевтический эффект в отношении когнитивных расстройств от сочетания современных атипичных антипсихотиков с эффектом воздействия на когнитивный дефицит, не имеющих выраженного кардиотоксического и метаболитропного эффекта (кветиапин, оланзапин, рисперидон), с антигипертензивными препаратами, улучшающими когнитивное функционирование.

Л.Ю.Торгун
ПРОБЛЕМА ЕМОЦІЙНИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ З БОЛЕМ
У НИЖНІЙ ЧАСТИНІ СПИНИ

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

Біль в спині є однією з найчастіших причин звернення в терапевтичній практиці і однією з основних причин тимчасової втрати працездатності. За матеріалами VIII Всесвітнього конгресу, присвяченого болю (Ванкувер 1996), синдром болю в спині є після респіраторних другою по частоті причиною звернення до лікарів і третьою причиною госпіталізації.

Серед причин, що призводять до виникнення болю, в числі остеохондрозу, травм, інфекційних уражень тощо, дослідники не останню роль відводять психогенним механізмам.

В більшості випадків наявність больових, м'язово-тонічних синдромів хворі не пов'язують з пошкоджуючими факторами, проте у випадку їх наявності, часто відмічається емоційний стрес, зумовлений або ситуацією на роботі (чи відсутністю роботи), або відсутністю необхідної підтримки в сім'ї. Таким чином, в патогенезі хронічного болю значну роль відіграють психологічні фактори; особливо великий ризик виникнення даного синдрому у пацієнтів з депресією.

Поєднання депресії та хронічних больових синдромів відмічається часто – в 50-60% випадків, а по деяким даним навіть в більшому відсотковому співвідношенні (від 65 до 100%). Наявність болю призводить до розвитку депресії, а депресія – до розвитку болю, в тому числі зумовленого зниженням больового порогу. Це замкнуте коло нерідко лежить в основі хронізації болю. Потрібно зазначити, що сама по собі депресія не викликає біль, при умові відсутності до неї передумов, у вигляді змін суглобів і дисків. Наявність депресії лише сприяє підтриманню і посиленню цього болю, його хронізації.

Таким чином вивчення психічних розладів неспсихотичного рівня (депресії, тривожно-депресивних та тривожних розладів) у пацієнтів з болем в нижній частині спини, їх вчасна діагностика за допомогою скринінгових методик, шкал та лікування, сприятимуть зменшенню вираженості больового синдрому і хронізації процесу.

А.Ю. Касьянова
ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ З ФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ЗАХВОРЮВАННЯМИ
КИШКІВНИКА

Національний медичний університет ім.О.О.Богомольця, м. Київ

Відповідно до сучасних уявлень про синдром подразненого кишківника у дітей (СПК), сформульованим у «Римському консенсусі III» в 2006 році, це захворювання є біопсихосоціальним розладом, в основі розвитку якого лежать два основних патологічних механізми - психосоціальний вплив і сенсорно-моторна дисфункція кишківника. За останні роки функціонально-морфологічні особливості кишківника дітей з СПК вивчені значно краще, ніж соціально-психологічні особливості даного захворювання.

Тому, **метою** нашого дослідження є підвищення ефективності лікування та профілактики синдрому подразненого кишківника в дитячому віці шляхом визначення інтегральної характеристики психосоматичного стану – якості життя дітей з СПК.

Матеріали і методи дослідження. Дослідження було проведено на базі Київської клінічної дитячої лікарні №9. Основну групу склали 61 дитина з СПК віком від 8 до 16 років. Для дослідження якості життя дітей ми використовували опитувальник Pediatric Quality of Life Inventory – PedsQLtm4.0 розроблений американським вченим Varni та його колегами у 2001 та

адаптований культурологічно та лінгвістично Барановим А.А. та Альбіцким В.Ю. у 2005 році.

Результати дослідження. За результатами самооцінки дітей всі обстежені діти набрали невисокі бали за опитувальником, середній загальний бал дітей з СПК 13 – 16 років виявився $69,7 \pm 12,8$, тоді як за даними літератури середній бал для дітей 13 – 18 років є $78,0 \pm 12,7$ (Винярская И.В., 2008). Крім того, звертає на себе увагу відмінність результатів дітей різних вікових груп з СПК. Так, діти 13 – 16 років виявили низькі бали ($59,3 \pm 12,8$) за блоком питань з емоційного функціонування, тоді як діти 8 – 12 років низькі бали ($68,4 \pm 13,8$) набрали за блоком питань фізичного функціонування. Така відмінність може бути пояснена звиканням дітей старшого віку до хронічного перебігу соматичного захворювання та занепокоєння більше власними переживаннями та страхами. Були відмічені низькі бали в блоці питань соціального функціонування дітей 13 – 16 років ($70,6 \pm 11,5$). Низькі бали за блоком соціального функціонування вказують на значимі складнощі в спілкуванні з батьками або іншими дорослими в групі дітей з СПК.

Висновки. Отримані нами дані підтверджують біо-психосоціальну природу СПК та свідчать про те, що значній кількості дітей з СПК притаманний низький

рівень якості життя, що потребує перегляду традиційних заходів лікування із залученням психодіагностики та психотерапії до комплексного лікування СПК.

К. В. Аймедов

ІГРОМАНІЯ, ДЕ МЕЖА?

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

В епоху постійно прогресуючого, вельми швидкого розвитку науково-технічного прогресу в розповсюдженості хвороб залежності як хімічного так і не хімічного генезу спостерігається невпинне зростання, з'являються нові форми залежності (зіппінг, гаджет- та різні форми Інтернет залежності). І саме ігроманія, вже давно вийшла за межі матеріального реального світу, неухильно прямуючи у віртуальний Інтернет світ, де вона становиться майже невливою, але добре доступною для всіх зацікавлених та бажаючих пограти. Тому і точних даних про поширеність патологічного гемблінгу не існує просто неможливо перерахувати всіх гравців). За даними соціологів, кількість людей, що відчують постійну тягу до гри, складає близько 1% від загальної популяції, але у розвинених країнах вона ще вище (за різними даними до 5 %). З погляду на вказані дані важко сказати де остання межа розповсюдження лудоманії, до якої долі популяції вона може поширитися. І межа поширення її ширше чим будь якої наркотичної залежності, поведінкові залежності, займають місце крім навколишнього простору, ще і простір віртуальний, створений технологічно.

Існує і третя межа, якою займаються суто дослідники. Сьогодні адиктивна поведінка розглядається як медична проблема – це нав'язлива потреба, що відчувається людиною та спонукає її до певної діяльності. Таким чином, доцільніше бачити у ігроманії не розлад особистості (як це передбачене у МКХ-10), а різновид адиктивної поведінки. Діагностичні критерії, що містяться у МКХ-10, де патологічна схильність до азартних ігор (F-63.0) класифікується у розділі «Розлади зрілої особистості і поведінки у дорослих» (F60-69) під рубрикою «Розлади звичок та потягів» (F63), куди також входять патологічні підпали (піроманія) та патологічна схильність до крадіжок (клептоманія). За МКХ-10, патологічна схильність до азартних ігор – це розлад, який характеризується частою повторною уча-

стю в азартних іграх, що домінує у житті суб'єкта та веде до редуції соціальних, матеріальних, професійних і сімейних цінностей. Облігатним є сильний потяг грати у азартні ігри, який майже не піддається вольовому контролю, опановує думками та уявленнями акту гри та супутніми цьому обставинами. Є й додаткове зауваження, що слід диференціювати патологічна схильність до азартних ігор з екстравагантною участю у азартних іграх гіпоманіакальних осіб (F30.-), соціопатичних осіб (F60.2), а також участю у них людей заради задоволення або наживи (такі гравці звичайно без особливих зусиль стримують свій потяг, якщо зустрічаються з великими витратами або іншими несприятливими наслідками азартних ігор). Але, не будемо забувати, що у МКХ-10 передбачена також рубрика «Z», яка містить різні аспекти медичної допомоги населенню, у тому числі – і при розладах соціального функціонування (Z72-Z76 – звернення до установ охорони здоров'я у зв'язку з іншими обставинами). Z72 – це проблеми, пов'язані із стилем життя, у ній, зокрема, є підрубрика Z72.6, назва якої – схильність до азартних ігор та бійки об заклад. Це свідчить про розповсюдженість проблеми, про наявність великої когорти гравців, яких не можна визнати хворим на патологічну схильність до азартних ігор. Між тим, досі, чітких критеріїв розмежування різних груп граючих у діючій класифікації нема.

Окрім того, з особами, що страждають на ПСАІ частіше працюють не лікарі-адиктологи, наркологи чи психіатри, а психологи, соціальні працівники, члени родини залежних. Отже, і систематизація розладу проводиться з різних «точок зору», на підставі дуже обмежених, кількісно, груп спостережень. Тому пошук в цьому напрямку, встановлення вказаних меж, вельми актуальний, і вирішення поставленої проблеми мабуть дозволить ефективно вирішувати питання і з іншими поведінковими залежностями.

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, С.Г. Ушенин, О.Г. Студзинский,
Н.В. Побережная, Т.В. Арнольдова**

РОЛЬ ОПТИМИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПРЕПОДАВАНИИ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ СЕКСОЛОГИИ ВРАЧАМ-КУРСАНТАМ ФИПО

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Специфика преподавания основ медицинской сексологии и сексопатологии врачам-курсантам факультета последипломного образования предусматривает не только прослушивание тематического образовательного цикла лекций, но и обязательный разбор случаев из медицинской практики, демонстрацию тематических больных с сексуальными расстройствами и супружеских пар с сексуальной дисгармонией.

Врачи-курсанты для усвоения лекционного материала и практических навыков непосредственно у больных собирают жалобы, анамнестические данные, проводят осмотр, составляют схемы общего и специального обследования, разрабатывают тактику лечения. Специфика сексологических больных предусматривает при этом развитие эрудиции аудитории, способность междисциплинарного мышления, то есть приобретение навыков в психологии, эндокринологии, венерологии, андрологии, гинекологии и т.п. В связи с подобной тактикой в целях оптимизации учебного процесса следует уделять особое внимание рациональному использованию всего арсенала учебных методов в

виде учебных таблиц, фотоиллюстрированных атласов, слайдов, компьютерных обучающих программ, психодиагностических тестов, разбора ситуационных задач. В последние годы значительно повысился уровень эффективности преподавания лекционного материала в связи с применением мультимедийной техники и компьютерных технологий. Пополнение банка клинических задач позволяет использовать их на этапах учебного процесса – с установления начального уровня знаний для закрепления этапов обучения и, как одну из форм заключительного контроля при проведении дифференцированного зачета.

По мнению преподавателей и врачей-курсантов именно такой подход к преподаванию основ медицинской сексологии для врачей-лечебников широкого профиля на факультете последипломного образования вызывает большую заинтересованность курсантов к изучаемому предмету, повышает эффективность усвоения и закрепления информации, что напрямую влияет на улучшение качества их профессиональной подготовки.

**И.А. Бабюк, Е.В. Кришталь, А.Е. Табачников,
О.Г. Студзинский, С.Г. Ушенин, Е.А. Ракитянская**

ПРЕПОДАВАНИЕ ОСНОВ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ВРАЧАМ-КУРСАНТАМ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Харьковская медицинская академия последипломного образования

Обучение теоретическим основам и практическим навыкам по медицинской психологии врачей-курсантов смежных специальностей (дерматовенерологов, терапевтов, наркологов и др.) является необходимым условием высокого качества подготовки специалистов, предусмотренной квалификационной характеристикой врача. Специалисту любого профиля необходимо не только знать, но и освоить ряд практических навыков, связанных с психодиагностикой и психокоррекцией личностных особенностей и возможных психоэмоциональных расстройств, влияющих на общее состояние пациентов и качество их жизни.

На кафедре психиатрии, психотерапии, медицинской психологии и наркологии факультета интернатуры и последипломного образования разработана и опробована система практических навыков применительно к существующей программе медицинского

факультета с учетом врачебного профиля, основой чего являются психологические методики обследования и коррекции пациентов с различными соматическими заболеваниями. С целью сбора психологического анамнеза курсантам предлагается обследовать больных при помощи различных тестов, включающих личностные опросники, проективные методики, опросники по определению уровня тревоги и депрессии, качества жизни и межличностного функционирования. Формирование навыков происходит путем выполнения преподавателем опроса и тестирования с последующим самостоятельным закреплением навыков. Также рассматриваются принципы семейного консультирования, индивидуальной поведенческой психотерапии с пациентами и их родственниками.

Четкое разделение общих и частных вопросов приобретения практических навыков позволяет выделить

целевые установки и проконтролировать степень усвоения этих навыков у врачей-курсантов. Подобная мотивационная настройка значительно повышает результативность преподавания и усвоения дисциплины. Анализ преподавания показывает, что обучение практиче-

ским навыкам медицинской психологии является важной составляющей частью общемедицинского образования и служит повышению эрудиции практикующих врачей общемедицинского профиля, улучшению оказания помощи нуждающемуся в ней населению.