

ТЕЗИ

E.V. Krishtal, K.V. Shkoda

NEED FOR CREATION OF AN ACTIVE PSYCHOSOCIAL SUPPORT FOR FAMILIES WITH MENTALLY ILL RELATIVES

Kharkiv Medical Academy of Post-graduate Education, Kharkiv

According to current research, one of four families in the world has one member who suffers from a mental disorder. Mental disorder (particularly schizophrenia or a disease in schizophrenic range) is a serious psychosocial stress for the patient and his family.

There is no doubt that the family in which one of its members is mentally ill suffers from his position.

Available in the scientific literature data indicate a high incidence of emotional stress and neurotic conditions in relatives of patients with psychosis, including schizophrenia. This is obviously due to the high degree of psychological and physical stress, which affected people who care about the patient. Researchers have shown that family members suffer from insanity, emotional distress, anxiety and anger, and in some cases, characterize themselves as «completely destroyed». Among parents of mentally ill children such feelings as distress, loss, fear and guilt are prevailing; these parents often feel embarrassment and sadness.

According to D. Schultz more than a third of people who care their relatives with dementia, experiencing excessive stress, suffer from depression or other mental disorder of nonpsychotic register.

In the Swedish study, which was attended by 162 relatives of the mentally ill, M. Ostman and L. Kjellin, found out that among family members of mentally ill people, 40 % of the surveyed believed that mental illness in their relatives led to mental disorders in themselves, 30 % – had suicidal thoughts and 26 % – sometimes thought that their mentally ill family member would die.

The degree of subjective burden for family members of patients with schizophrenia is influenced by many factors. D. G. Dyck, R. Short and P. P. Vitaliano identified that the severity of the patient with schizophrenia had negative symptoms, tendency of relatives to restrain their anger and blame themselves for what is happening, and level of social support for the family.

In many cases family members exhibit personal care and provide not only practical help but also emotional support for relatives with insanity, moreover, very often there are certain changes in the nature of old emotional ties. Thus, changing the usual characteristics of former relationships can be either transient (during an acute attack of mental disorder) or long (in the case of chronic disease). When serious illness comes to family, it forms a homeostasis disturbing family system (roles, boundaries, expectations, wishes and aspirations). Both genetic and psychosocial paths of patient's family are important. Ignoring changes in family system can negate the efforts of doctors by prejudicing the family members, their stigma, ambivalence, wrong attitude. Only the timely intervention of a family to adapt to the disease decreases the pathological process, which adversely affected both a mental patient and other family members.

Creating a system of measures of psychosocial support for families with mentally ill relatives is an essential leveling impact of psychological factors associated with psychological causes of stigma and family members of those who suffer from mental disorders.

К.В. Аймедов, А.Є. Волощук, О.В. Кривоногова

ОСОБЛИВОСТІ СТОСУНКІВ БАТЬКІВ У РОДИНАХ З ДИТИНОЮ З ОСОБЛИВИМИ ПОТРЕБАМИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою даного дослідження стало визначення типу батьківського ставлення до дитини з особливими потребами.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено в 4 групах батьків. До першої увійшли 32 особи, які мали дітей з синдромом Дауна. До другої увійшли 29 батьків, які мали дітей з розладами аутичного спектра. До третьої – 33 особи, які були батьками дітей, що мали гіперкінетичний розлад з переважним порушенням активності та уваги. Контрольну групу було сформовано з 28 батьків, діти яких були відносно здоровими. У дослідженні використовували тестування за методиками: 1. Опитувальник батьківського ставлення (А.Я. Варга, В.В. Столін); 2. Методика діагностики ставлення до хвороби дитини (В.Є. Каган, І.П. Журавльова).

Результати. У результаті дослідження було виявлено, що батьки, які виховують дітей з синдромом Дау-

на, відмічають особисту неспроможність своєї дитини, але проявляють позитивне емоційне ставлення до неї, прагнуть до симбіотичних стосунків з дитиною та відчують відповідальність за хворобу дитини. Емоційне «відкидання», авторитаризм у ставленні, гіпнозогнозію та екстернальний тип батьківського контролю було виявлено у батьків, які мають дітей з гіперкінетичним розладом. Батьки, діти яких хворі на аутизм, прагнуть до симбіотичних відносин з ними, відчують свою відповідальність за хворобу дитини, але відмічають її особисту неспроможність. Усі досліджувані групи батьків проявляли тенденцію до встановлення для дитини максимальних обмежень її активності.

Висновок. Всі батьки дітей з особливими потребами мали ознаки неадекватного типу ставлення до дитини.

В.А. Вербенко

СИНДРОМ ВІДМІНИ ДІЇ АНТИДЕПРЕСАНТІВ

ДУ «Кримський державний медичний університет імені С.І. Георгієвського», м. Сімферополь

Синдром відміни дії антидепресантів (Antidepressant Discontinuation Syndrome – 995.29 in DSM-5, 2013), особливо якщо лікування припинили раптово, є звичним явищем, але донині цей синдром не має достатньої доказової бази.

За даними патофізіологічних досліджень, синдром відміни дії антидепресантів може виникати внаслідок тимчасового дефіциту синаптичної трансмісії серотоніну або порушень взаємодії інших систем нейромедіаторів, таких як норадреналін, дофамін, гама-аміномасляна кислота (С. Damsa, А. Bumb, F. Bianchi-Demicheli, et al., 2004).

Небажані явища після припинення лікування і після зниження дози спостерігали у клінічних дослідженнях приблизно в 31–40% пацієнтів, які отримували інгібітори зворотного захоплення серотоніну та норадреналіну, і у 17% пацієнтів, що приймали плацебо (S. Hosenbocus, R. Chahal, 2013; P. Andrews, S. Kornstein, L. Halberstadt, 2011; P. Haddad, 2001). Найбільш частими реакціями були запаморочення, порушення чутливості (включаючи парестезії), порушення сну (включаючи безсоння і яскраві сни), ажитація, тривога, нудота, тремор і головний біль. Як правило, ці симптоми були легкими, однак у деяких пацієнтів вони були дуже серйозними. Зазвичай вони виникали протягом перших декількох днів після припинення лікування, але були повідомлення про наявність таких симптомів у пацієнтів, які випадково пропустили дозу.

Симптом відміни при припиненні лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну також є поширеними при зупинці лікування, особливо при різкому припиненні. У деяких клінічних випробуваннях несприятливі події, які спостерігались при припиненні лікування, відбувалися приблизно

у 25% пацієнтів, які приймали селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і 15% пацієнтів, які приймали плацебо. Ризик появи симптому відміни залежав від декількох факторів, включаючи тривалість, дозу терапії і швидкість зменшення дози. Про такі реакції, як запаморочення, сенсорні порушення (у тому числі парестезії, візуальні порушення та відчуття удару електричним струмом), порушення сну, хвилювання і тривога, драгівливість, сплутаність, емоційна нестабільність, нудота або блювання, діарея, пітливість і серцебиття, головний біль і тремор найчастіше повідомляли пацієнти (K. Black; C. Shea, S. Dursun 2000; T. Renoir, 2013; L. Chang, 2013).

У дослідженні К. Black, С. Shea, S. Dursun (2000) було виділено діагностичні критерії синдрому відміни СИЗЗС, які враховували не тільки соматичні та психічні симптоми але й зниження соціального, професійного та іншого функціонування.

Слід відмітити, що довготривалий синдром відміни антидепресантів, що включає психічні розлади: збудження, тривогу, акатизію, панічні напади, дисфоричні реакції, парестезії, порушення концентрації уваги, втомлюваність, когнітивні порушення донині недостатньо вивчений та не має доказової бази (G. Fava, M. Bernardi, E. Tomba, 2007, С. Belaise, 2012). Але такі симптоми за даними С. Belaise (2012) можуть тривати від місяця до шести років.

Висновки. У зв'язку з відсутністю діагностичних критеріїв необхідне подальше вивчення короткотривалого та довготривалого синдрому відміни дії різних класів антидепресантів з позицій сучасної доказової медицини та розробка методичних рекомендацій стосовно застосування антидепресантів з метою профілактики синдрому відміни та його купірування.

Д.В. Возний

ДОСЛІДЖЕННЯ ЧИННИКІВ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА СТІЙКІСТЬ АЛКОГОЛЬНОЇ РЕМІСІЇ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою нашого дослідження стало виявлення чинників «зриву» алкогольної ремісії у хворих чоловічої статі.

Проведено архівний аналіз більше однієї тисячі історій хвороб тих пацієнтів, які звернулися за допомогою повторно, та огляд госпіталізованих у відділеннях (216 осіб) впродовж 2009–2011 років і співбесіду з їх родичами.

Найбільшою виявилася група хворих, в яких «зрив» мав випадковий характер, 72,69% всіх випадків (157 хворих). Були виділені основні чинники рецидиву – це випадкове вживання алкоголю: свята, запрошення в гості

тощо – 96 хворих (61,15% випадків); вживання алкоголю як реакція на психологічні навантаження: проблеми на роботі чи в родині – 39 хворих (24,84% випадків); вживання алкоголю у результаті прагнення перевірити ефективність лікування – 17 пацієнтів (10,83% випадків) та інші 5 залежних виявили інші домінуючі чинники (3,18%). При аналізі також виявлено: при зриві ремісії до трьох місяців питома частка чинника впливу «компанії» складала 47,8% та була вищою за показник цього чинника у групі з ремісіями понад шість місяців, де він склав 38,6%, та понад рік, де цей показник складав лише 31,4% випадків. У групі з короткими ремісіями

ми більшою, ніж в інших, виявилася частота випадків рецидиву «психологічної залежності» (26,7% та 14,9% і 11,2% відповідно). Водночас при порівняно хороших ремісіях більшого значення набував чинник негативних

психогенних впливів; він зустрічався в 34,1% випадків у групі з ремісіями понад рік, частіше ніж у першій (21,5%) та другій групах випадків (24,6%).

Л.В. Косовська, О.М. Біло

ВАМ ПОТРІБНА ДЕПРЕСІЯ І ТРИВОГА? НЕ ЗАБОРОНЯЙТЕ СОБІ ЖИТИ ЩАСЛИВО

Тернопільська обласна комунальна клінічна психоневрологічна лікарня, м. Тернопіль

Дослідження останніх років показали зростання депресивних розладів у різних верств населення і «одягання» різноманітних депресивних масок, які утруднюють діагностику та лікування.

Метою цього дослідження була оцінка психологічних особливостей депресії у різних вікових груп населення, вивчення маскованої клінічної картини та «атиповості депресії».

Матеріали та методи. Під нашим спостереженням перебувало 28 хворих на депресивні розлади, які проходили курс лікування в Тернопільській обласній комунальній клінічній психоневрологічній лікарні. На момент обстеження пацієнти перебували у віці від 22 до 48 років. Серед обстежених було 17 жінок та 11 чоловіків. За медичною допомогою вперше звернулися 9 осіб, вдруге – 16, втретє – 3 людей. Нами проведено соціально-психологічне дослідження, яке містило соціологічне опитування і патопсихологічне тестування. Ми використовували суб'єктивні (заповнені пацієнтом) і об'єктивні (заповнені лікарем) шкали: депресії Гамільтона (Нам – D); Монтгомері – Асберга (MADRS), шка-

лу самооцінки рівня реактивної і особистісної тривоги Spielberger C.D.

Результати. У 2–3% людей розвиток депресії не залежить від зовнішніх обставин – ендогенна депресія, а у інших вона виникає, як реакція на стрес – психогенна депресія. Депресія у жінок – це засіб захисту від відчуття самотності. Велику вразливість до цього захворювання мають матері маленьких дітей. Жінки і чоловіки в однаковій мірі страждають депресією, але чоловіки вміють маскувати свої відчуття і симптоми, а також знімати стрес. Депресія часто поєднувалася з артеріальною гіпертензією (30–40%), ішемічною хворобою серця (5–10%), виразковою хворобою (6–10%), бронхіальною астмою (1–5%), цукровим діабетом (5–7%), ревматоїдним артритом (1%), ожирінням і маскувалася за цими захворюваннями.

Висновки. Виявлено, що жінки, як і чоловіки, в однаковій мірі страждають депресією. Найбільший ризик виникнення досягає віку 44 роки. Для того, щоб позбутися депресії і бути щасливим, просто потрібно набиратися досвіду і знань один від одного.

Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, О.В. Погорелко

БІОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПРЕДИСПОЗИЦІЙНІ ЧИННИКИ В ГЕНЕЗІ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПІДЛІТКІВ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

З дотриманням принципів біоетики та деонтології протягом 2010–2013 років на базі дитячого психіатричного відділення Полтавської обласної клінічної психіатричної лікарні ім. О.Ф. Мальцева було обстежено 100 підлітків віком від 14 до 17 років зі змішаними розладами емоцій і поведінки F 92, з них у 50 осіб виявлені прояви аутоагресивної поведінки (АП) у вигляді суїцидальних думок, задумів, намірів, рішень (36 осіб, 72%) або суїцидальні спроби в анамнезі (14 осіб, 28%).

Аналіз і узагальнення отриманих результатів дозволили виділити контекстуальні біологічні та психосоціальні предиспозиційні чинники в генезі АП у підлітків, серед яких за вагомістю впливу переважають психосоціальні фактори.

Біологічними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП визначені: спадкова обтяженість за

психічними і поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, або АП, адиктивна поведінка у вигляді неодноразового вживання алкоголю зі шкідливими наслідками, куріння похідних канабісу та інгаляції токсичних речовин.

Психосоціальними контекстуальними предиспозиційними чинниками АП встановлені: дисфункціональна конфліктна родина, деструктивне виховання за типами «емоційне відкидання», «гіпер- або гіпоопіки», наявність проблем у школі та у взаємодії з референтним середовищем однолітків, а також у сфері гендерної комунікації.

Отримані дані було покладено нами в основу розробки системи заходів психокорекції та психопрофілактики АП у підлітків.

Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, М.В. Закладний
ОБҐРУНТУВАННЯ НЕОБХІДНОСТІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ
ЕМОЦІЙНИХ І КОГНІТИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ
НА НЕВРОТИЧНІ І НЕВРОЗОПОДІБНІ ТРИВОЖНІ РОЗЛАДИ
Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Тривожні розлади (ТР) належать до найпоширеніших форм психічної патології. Епідеміологічні дослідження свідчать про виникнення тривожних станів протягом життя більш ніж у чверті популяції, а від різноманітних видів тривожних розладів страждає від 15 до 18% дорослого населення у світі. За даними медичної статистики МОЗ України за 2010 рік, у загальній захворюваності на психічні розлади перші три місця посідає патологія психіки алкогольного, органічного та невротичного ґенезу, у структурі кожної з яких питому частку займають ТР.

Хворі на ТР складають не менше 30% осіб, які звертаються до лікарів загальномедичної практики. Несприятливою тенденцією також є збільшення частки молодих осіб, які страждають від ТР невротичного та неврозоподібного ґенезу. Пов'язані з цією патологією втрата працездатності та витрати на лікування, зокрема через ризик формування різних форм хімічної залежності та обтяження перебігу соматичних захворювань, створюють серйозну проблему не тільки для охорони здоров'я, але й для суспільства в цілому.

Багатофакторність етіопатогенетичних механізмів ТР підтверджує необхідність мультидисциплінарного підходу до їх дослідження з позицій біопсихосоціального підходу. Такі особливості тривоги, як реактивність, нестабільність проявів і динаміки, насамперед, в емоційній та когнітивній сферах, визначають варіабельність форм тривожних розладів невротичного та неврозоподібного ґенезу, що потребують розробки нових ефективних і безпечних терапевтичних заходів.

Найпоширенішою та науково обґрунтованою є психофармакологічна корекція ТР з використанням транквілізаторів, антидепресантів і малих нейролептиків. Проте, як справедливо зазначають багато авторів, при всій важливості та перспективності застосування

медикаментозних засобів, їх використання вирішує не стратегічні, а лише тактичні завдання, що визначається переважно психогенною природою соціальної дезадаптації особистості, без врахування специфіки ґенезу тривоги.

До того ж, маловивченою залишається проблема взаємозв'язку та патогенетичних механізмів формування емоційних і когнітивних порушень у структурі ТР залежно від їх ґенезу, що значно утруднює розробку диференційованих, з урахуванням патогенетичної специфічності терапевтичних заходів, відсутність яких на теперішній час обумовлює низьку ефективність лікування пацієнтів з ТР.

Враховуючи вищенаведене, ми здійснюємо роботу з вивчення клінічних проявів і закономірностей формування емоційних і когнітивних порушень у хворих на невротичні і неврозоподібні ТР з метою розробки заходів їх медико-психологічної корекції. Робота складається з таких етапів: встановлення особливостей емоційних порушень при ТР невротичного та органічного ґенезу; визначення особливостей когнітивного функціонування хворих з невротичними і неврозоподібними ТР; дослідження індивідуально-психологічних й психосоціальних властивостей хворих з ТР невротичного та органічного ґенезу; виявлення провокуючих та превентивних факторів у ґенезі емоційних і когнітивних порушень при ТР невротичного і органічного ґенезу; наукове обґрунтування та розробка специфічних заходів медико-психологічної корекції емоційних і когнітивних порушень у хворих на невротичні і неврозоподібні ТР, які ґрунтуються на ідентифікації диференційованих мішеней медико-психологічного впливу, впровадження яких у клінічну практику дозволить підвищити ефективність лікування цього контингенту пацієнтів.

Є.В. Кришталь, М.В. Маркова, О.О. Чистова
ТИПОЛОГІЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ У ЖІНОК,
ХВОРИХ НА ГЕНІТАЛЬНИЙ ЕНДОМЕТРІОЗ

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Протягом 2010–2013 рр. з дотриманням принципів біоетики та деонтології ми обстежили 150 подружніх пар (ПП), з них 100 – основна група – в яких дружини хворіли на ендометріоз (N80.0) і 50 – контрольна група, у якій жінки мали гострі запальні захворювання органів малого тазу (N70.0). Подружжя були віком від 27 до 53 років і у кожній парі, яка входила до одної вікової групи, вікова різниця не перевищувала 5 років. Тривалість шлюбу в обстежених ПП становила від 3 до 15 років.

При опитуванні більшість ПП основної групи відзначали напруженість своїх внутрішньосімейних стосунків, пояснюючи це невмінням партнера вирішувати побутові проблеми, несприятливими для спілкування рисами характеру один одного: у чоловіків – збудливість, нерідко агресивність, конфліктність, запальність, небажання прислухатися до думки дружини, у жінок – дратівливість, емоційна лабільність, тривожність, схильність до

зайвої драматизації обставин, що відбуваються, а також наявністю проблем у сексуальному житті.

При вивченні стану реалізації сексуальної функції у всіх ПП основної групи діагностовано клінічно виражені розлади сексуальності (що відповідають критеріям МКХ-10). Так, у всіх жінок виявлена відсутність сексуального задоволення F 52.1 (100%), у 91% – оргазмічна дисфункція F52.3. Чоловікам були притаманні відсутність сексуального задоволення (56%), відносна втрата статевого потягу до партнерки (29%) і сексуальна аверсія (24%). У ході подальшого вивчення встановлено, що в обстежених ПП основної групи мали місце суттєві відмінності у клінічних проявах порушень сексуальності, а також у механізмах їх виникнення. У 69 ПП (перша підгрупа) спостерігали порушення комунікації чоловіків і жінок внаслідок наявності внутрішньоособистісного та міжособистісного конфліктів, порушень взаємин і невміння контактувати, висловлювати свої потреби і очікування, зокрема в сексуальній сфері. Ці розлади мали високий рівень позитивної кореляції, формуючи як клінічно, так і статистично єдиний феномен – комунікативну форму сексуальної дезадаптації. В інших випадках (31 ПП, друга підгрупа) діагностована насам-

перед невідповідність діапазонів прийнятності, обумовлена розбіжністю типів сексуальної мотивації, мотивів статевого акту, невідповідністю техніки сексу, що не відповідає очікуванням або бажаної моделі партнера. Отримані дані мали середній рівень ($p \leq 0,05$) позитивної кореляції. Це стало підставою для констатації факту наявності сексуально-еротичної форми дезадаптації.

Поглиблене клініко-анамнестичне дослідження дозволило встановити, що у всіх випадках, незалежно від форми сексуальної дезадаптації, у всіх ПП основної групи порушення реалізації сексуальності виникали раніше, ніж захворювання на ендометріоз у дружини.

Системно-структурний аналіз сексуального здоров'я за його компонентами та складовими дозволив виявити їх поєднане ураження як причину розвитку сексуальних розладів і сексуальної дезадаптації у ПП основної групи, причому найчастіше психологічного, соціально-психологічного компонентів, а також нейрогуморальної та психічної складових біологічного компонента.

Отримані дані взято за основу при розробці заходів медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів.

І.І. Кутько, Г.С. Рачкаускас, І.Ф. Терьошина

ВПЛИВ МЕТАБОЛІЧНО АКТИВНОЇ ТЕРАПІЇ НА РІВЕНЬ ПОКАЗНИКІВ МЕТАБОЛІЗМУ ОКСИДУ АЗОТУ У ХВОРИХ НА РЕКУРЕНТНІ ДЕПРЕСИВНІ РОЗЛАДИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

ДЗ «Луганський державний медичний університет»

Рекурентні депресивні розлади (РДР) є актуальною проблемою сучасної медицини, що обумовлено поширеністю цього захворювання, тенденцією до рекурентного перебігу, значним терміном тривалості депресивних розладів, інвалідизацією населення працездатного віку та високими показниками смертності внаслідок високого ризику суїцидальної поведінки. Тому можна вважати актуальним детальне вивчення особливостей патогенезу РДР та розробку на підставі отриманих даних раціональних підходів до корекції виявлених порушень. При розробці патогенетично обґрунтованих підходів до лікування хворих на РДР нашу увагу привернула можливість застосування метаболічно активного препарату цитофлавін, зокрема дослідження можливого його впливу на показники системи оксиду азоту, який вважають універсальним внутрішньоклітинним месенджером біохімічних реакцій та важливим нейротрансмітером в так званих неадренергічних-нехолінергічних нейронах.

Мета дослідження: вивчити вплив метаболічно активного препарату цитофлавін на рівень показників системи оксиду азоту у хворих на РДР.

Матеріали та методи. Проведено клініко-психопатологічне та клініко-психодіагностичне обстеження 192 хворих на РДР. Діагноз «РДР, епізод легкого ступеня, який триває» (F33.00) було встановлено у 63 (32,8%)

хворих, «РДР, епізод помірного ступеня, який триває» (F33.1) – у 68 (35,4%) хворих і «РДР, епізод тяжкий без психотичних симптомів, який триває» (F33.2) – у 61 (31,8%) хворого. Обстежені пацієнти були поділені на дві рандомізовані групи (основну та зіставлення) по 98 і 94 особи відповідно. Хворі на РДР отримували загальноприйнятну підтримувальну терапію антидепресантами та антипсихотиками в амбулаторних умовах. Крім того, хворі основної групи у ході підтримувальної терапії отримували додатково цитофлавін по 2 таблетки внутрішньо 2 рази на добу протягом 20–25 діб поспіль. Для аналізу стану обміну NO вивчали вміст у крові нітратів/нітритів (Н/Н) як кінцевих продуктів метаболізму оксиду азоту за допомогою реактиву Гріса. Статистичну обробку одержаних результатів здійснювали за допомогою дисперсійного аналізу із застосуванням стандартних пакетів прикладних програм Microsoft Office 2010, Microsoft Excel Stadia 6.1/prof та Statistica.

Результати. При проведенні біохімічних досліджень було встановлено, що вміст Н/Н у сироватці крові до початку терапії в обох групах хворих (основній та зіставлення) був нижче показників норми. Так, в основній групі пацієнтів рівень Н/Н становив в середньому $(5,49 \pm 0,07)$ мкмоль/л, що було менше норми, яка дорівнює $(8,4 \pm 0,08)$ мкмоль/л, в середньому у 1,53 разу ($P < 0,01$); у групі зіставлення – в середньому $(5,52 \pm 0,06)$

мкмоль/л, що було нижче норми в 1,52 разу ($P < 0,01$). При біохімічному дослідженні на момент завершення курсу терапії було встановлено, що в основній групі пацієнтів вивчені показники практично наблизилися до значень норми та становили в середньому ($8,34 \pm 0,06$) мкмоль/л, тоді як у групі зіставлення, незважаючи на позитивну динаміку, вміст Н/Н залишався нижче норми, а саме в 1,24 разу, та дорівнював у цей період дослідження в середньому ($6,8 \pm 0,05$) мкмоль/л.

Висновок. Включення сучасного метаболічно активного препарату цитофлавіну до комплексу лікування хворих на РДР обумовлює позитивну динаміку, яка характеризується нормалізацією вмісту метаболітів оксиду азоту – Н/Н у крові пацієнтів. Використання цитофлавіну можна вважати патогенетично обґрунтованим, доцільним та клінічно перспективним у комплексі підтримувальної терапії в амбулаторних умовах у хворих на РДР.

А.М. Кушнір

ТИПОВІ ОСОБЛИВОСТІ ПАТОЛОГІЇ РОЗУМОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ З ПРОДУКТИВНО-ПСИХОТИЧНИМ МЕХАНІЗМОМ РЕАЛІЗАЦІЇ СУСПІЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ДІЯНЬ

Державний заклад «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Мета дослідження: встановлення типових особливостей порушень розумової діяльності у хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним (П-П) механізмом реалізації (МР) особливо суспільно небезпечних діянь (СНД).

Результати. У структурі генеральної сукупності хворих на шизофренію, які вчинили СНД проти життя особи (ПЖО) на теренах України, пацієнти з П-П МР СНД складають практично половину випадків (251 особа, 49,12%).

Завдяки дослідженню вичерпно повної вибірки таких хворих одержані результати вже на рівні частотних співвідношень показників проведеного клініко-психопатологічного обстеження є надійними і інформативними. Тому особливості порушень розумової діяльності, які були притаманні більшості хворих, умовно визначали як типові.

Переважну кількість (248 осіб, 98,80%) склали хворі на параноїдну шизофренію (F20.0) з безперервним перебігом захворювання (230 пацієнтів, 91,63%). Розвиток дефектних станів (головним чином параноїдний та психопатоподібний дефекти особистості) зареєстровано у 113 (45,02%) обстежених.

Встановлено недостатнє усвідомлення обстеженими власного психічного та емоційного стану вже за 30 днів до вчинення СНД, що підтверджується, по-перше, запереченням психоемоційних проблем за 30 днів до делікту більшістю пацієнтів з підтвердженням їх наявності протягом життя, а по-друге, даними щодо критичності обстежених. Збережену критику до свого стану виявлено лише у 6 (2,39%) осіб.

У 77,29% (194 особи) обстежених інтелект відповідав віку, отриманому рівню освіти та досвіду.

Мислення у більшості пацієнтів було паралогічним (189 осіб, 75,30%). Інші форми мислення представлені переважанням аутичного (55 хворих, 21,91%), наочно-дієвого (15 обстежених, 5,98%), егоцентричного (12 осіб, 4,78%). У 32 хворих (12,74%) паралогічне мислення поєднувалося з аутичним, у 12 (4,78%) – з егоцентричним, у 10 (3,98%) – з релігійним та у 5 (1,99%) – з містичним.

Найбільша частка піддослідних мала порушення динаміки мислення у вигляді брадифренії. Порушення

зв'язності мислення (розірваність) зареєстровано практично у п'ятій частини обстежених, воно супроводжувалось переходом суджень з одного логічного плану на інший та поєднувалось з паралогічним мисленням.

Односторонній, упереджений напрям розумової діяльності (хворі брали до уваги лише окремі факти або випадкові сторони явищ, що відповідали їх домінуючій настанові), яка преформувала стійкі хибні цільові уявлення у пацієнтів з паралогічним мисленням, – проявлявся у 127 обстежених (50,59%) у вигляді марновірності (51 особа, 20,32%), символічного мислення (43 пацієнти, 17,13%), порушеннями ідентифікації (26 обстежених, 10,36%).

Окрім паралогічності, патологія логічного мислення включала його розпливчастість (нецілеспрямованість з ігноруванням часових та просторових меж подій, нездатність притримуватися домінуючої ідеї, розпливчастість асоціативної структури мислення), формалізм, надмірну деталізацію, резонерство (тангенціальне мислення), у 1/5 хворих виявлений пріоритет власного мислення (58 осіб, 23,11%). Марення було представлено переважно персекуторними ідеями (245 хворих, 97,61%). Здебільшого це – ідеї відношення (89 осіб, 35,46%), переслідування (61 особа, 24,30%), фізичного впливу (53 особи, 21,12%), збитку (23 особи, 9,16%), ревнощів (9 осіб, 3,59%). Меншу питому частку складали експансивні ідеї.

Аномальна активність лобних ділянок головного мозку обстежених також обумовлювала зміни мислення під впливом емоцій, настанов та фантазій (31,87%, 29,88%, 2,79% відповідно), а також їх малозрозумілі, імпульсивні та реактивні дії (17,13%, 15,54% та 8,37% відповідно).

Таким чином, дисоціація між відносно збереженим інтелектуальним функціонуванням та специфічним дефіцитом окремих когнітивних функцій на тлі патологічного сприйняття та інтерпретації навколишньої дійсності у хворих на шизофренію з продуктивно-психотичним механізмом реалізації деліктів сприяє підвищенню їх суспільної небезпеки.

М.В. Маркова, К.А. Косенко
ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ
ШИЗОФРЕНІЮ, ПРИ РІЗНИХ МОДЕЛЯХ РОДИННОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ
 Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України, м. Харків

Мета роботи – оцінка особливостей сімейної взаємодії у жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), при різних моделях родинного функціонування.

Обстежено 150 жінок, хворих на ПШ. Залежно від моделі родинного функціонування пацієнток було поділено на 4 групи: основна група – 1 (ОГ1) – 35 жінок, які страждають на ПШ та мають здорового чоловіка; основна група – 2 (ОГ2) – 40 жінок, які страждають на ПШ, мають здорового чоловіка та дитину / дітей; основна група – 3 (ОГ3) – 35 жінок, які страждають на ПШ, проживають із батьками (власної родини та дітей не мають); основна група – 4 (ОГ4) – 40 жінок, які страждають на ПШ, проживають із дорослими дітьми.

Встановлено, що серед ідентифікованих родин емоційно-відчужений тип (за В.А. Абрамовим, 2009) спостерігався в ОГ1 – у 14,3%, ОГ2 – у 12,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ($p < 0,05$); гіперпротективний: ОГ1 – у 11,4%, ОГ2 – у 10,0%, ОГ3 – у 45,7%, ОГ4 – у 12,5% ($p < 0,05$); напружено-дисоційований: ОГ1 – у 17,1%, ОГ2 – у 15,0%, ОГ3 – у 8,6%, ОГ4 – у 40,0% ($p < 0,05$); симбіотичний: ОГ1 – у 14,3%, ОГ2 – у 12,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 10,0% ($p < 0,05$); псевдосолідарний: ОГ1 – у 14,3%, ОГ2 – у 12,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ($p < 0,05$); гармонічний: ОГ1 – у 28,6%, ОГ2 – у 37,5%, ОГ3 – у 11,4%, ОГ4 – у 12,5% ($p < 0,05$). Жінки, які мали здорового чоловіка та дітей, мали більш гармонічну родинну взаємодію (ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 37,5%). Водночас жінки, які мешкали із дорослими дітьми або із власними батьками, мали більш деструктивні типи родинної взаємодії (ОГ3 – 45,7% гіперпротективний тип, ОГ4 – 40,0% напружено-дисоціативний тип).

За типом ставлення у членів родини до хвороби родича (за В.А. Абрамовим, 2009), адекватний тип виявлено у ОГ1 – 51,4%, ОГ2 – 57,5%, ОГ3 – 20,0%, ОГ4 – 17,5% ($p < 0,05$); драматизуючий: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 22,5%, ОГ3 – 28,6%, ОГ4 – 60,05% ($p < 0,05$); негативно-деструктивний: ОГ1 – 20,0%, ОГ2 – 20,0%, ОГ3 – 51,4%, ОГ4 – 22,5% ($p < 0,05$). В цілому, жінки зі здоровими чоловіками та/або без дітей мали до себе більш сприятливе ставлення, порівняно із жінками, які проживали із дорослими дітьми або з батьками.

Достатній ресурс сімейної підтримки (за В.А. Абрамовим, 2009) виявлено: ОГ1 – 42,9%, ОГ2 – 70,0%, ОГ3 –

14,3%, ОГ4 – 15,0% ($p < 0,05$). Обмежений ресурс сімейної підтримки: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 15,0%, ОГ3 – 20,0%, ОГ4 – 67,5% ($p < 0,05$). Низький ресурс сімейної підтримки: ОГ1 – 28,6%, ОГ2 – 15,0%, ОГ3 – 65,7%, ОГ4 – 17,5% ($p < 0,05$). Жінки зі здоровими чоловіками та/або без дітей мали більший ресурс сімейної підтримки, порівняно із жінками, які проживали із дорослими дітьми або з батьками.

За структурою типу ставлення родини до терапії психотропними препаратами (за Н.Б. Лутовою, О.В. Макаревич, 2011), за оцінюванням жінок в цілому, переважав підтримувальний її тип: ОГ1 – 48,6%, ОГ2 – 47,5%, ОГ3 – 42,9%. Маніпулятивний тип виявлено усього у 19,5% ($p < 0,05$). За оцінкою родичів, тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами в усіх групах був класифікований як підтримувальний: ОГ1 – 77,1%, ОГ2 – 75,0%, ОГ3 – 74,3%, ОГ4 – 47,5% ($p < 0,05$).

Узагальнено характеристику варіантів ставлення родичів до медикаментозного лікування. 1. Ворожий тип – покладання відповідальності за небажані явища (поведінка жінки, яка не влаштовує рідних, її психопатологічні симптоми і психологічні проблеми) на наслідки терапії. Родичі знецінюють значення медикаментозної терапії та перешкоджають їй. 2. Відсторонений – «відхід» родичів від проблем, пов'язаних з медикаментозним лікуванням. Родичі оцінюють дії ліків нейтрально, а відповідальність (контакти з лікарем, придбання ліків, регулярність їх прийому) покладається на хвору або лікаря. 3. Маніпулятивний – усунення відповідальності членів родини, покладання результату лікування на ліки або лікаря. Родичі зайво розширюють можливості терапії, намагаючись за їх допомогою усунути будь-які суперечності, напруженість та психологічні проблеми жінки. 4. Підтримувальний – характеризується позитивною оцінкою рідними дії ліків відносно зменшення проявів психопатологічної симптоматики, розуміння необхідності прийому медикаментів і надання підтримки в їх придбанні.

Отримані дані взято за основу при розробці системи психотерапевтичних заходів у комплексному лікуванні жінок, хворих на ПШ, залежно від рівня їх родинної взаємодії.

С.В. Мерліч
ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ У ПАЦІЄНТІВ
З ОНКОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Метою дослідження було вивчення типу ставлення до хвороби в пацієнтів, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми.

Матеріали та методи. Обстежено 311 осіб, які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми. Ставлення до хвороби у групах досліджених вивчали з використанням опитувальника ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту).

Результати. За даними обстеження було зроблено такі висновки. У переважній більшості випадків серед хворих обох груп дослідження виявили тривож-

ний (Г1 – 29 осіб, 18,83%; Г2 – 25 осіб, 15,92%; $p > 0,05$); іпохондричний (Г1 – 22 особи, 14,29%; Г2 – 21 особа, 13,38%; $p > 0,05$); неврастенічний (Г1 – 21 особа, 13,64%; Г2 – 19 осіб, 12,10%; $p > 0,05$); меланхолічний (Г1 – 19 осіб, 12,34%; Г2 – 21 особа, 13,38%; $p > 0,05$); апатичний (Г1 – 20 осіб, 12,99%; Г2 – 23 особи, 14,65%; $p > 0,05$); та сенситивний (Г1 – 14 осіб, 9,09%; Г2 – 22 осіб, 14,01%; $p > 0,05$) типи ставлення до хвороби.

Висновки. Тип ставлення до хвороби слід враховувати при складанні психокорекційних та реабілітаційних програм для хворих з онкологічною патологією.

Г.В. Морванюк
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНА
ДЕЗАДАПТАЦІЯ ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ
Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Мета дослідження. Визначення задоволеності хворих на параноїдну форму шизофренії власним соціальним функціонуванням у різних сферах життя.

Матеріали та методи. Всі обстежені особи були поділені на 2 групи: до першої групи (Г1) увійшло 92 чоловіки, до другої групи (Г2) – 90 жінок, хворих на параноїдну форму шизофренії.

Результати. За результатами анкетування виявлено, що загальний рівень незадоволення соціальним функціонуванням був значно вищим в Г2, порівняно з Г1. У родинній сфері кількість незадоволених в Г1 була більшою, ніж у Г2. Рівень незадоволеності функціонуванням у сфері комунікації з друзями, знайомими був високим в обох групах. Більшість відмічали зменшення кількості знайомих, з якими підтримували дружні стосунки, з моменту прогресування захворювання (38,3%

в Г1; 42,2% в Г2). Значна кількість досліджених взагалі заперечували факт наявності дружніх стосунків будь з ким (21,5% в Г1; 19,4% в Г2). Хворі з Г2 були задоволені своїм власним функціонуванням у професійній сфері більше, ніж хворі з Г1. Психодіагностичне дослідження виявило у хворих на шизофренію різної статі незадоволеність багатьма категоріями соціального функціонування. У Г1, порівняно з Г2, більшим був рівень незадоволеності характером взаємовідносин з дружиною, а також з адміністрацією на роботі.

Висновки. Проведене дослідження чоловіків та жінок, хворих на параноїдну шизофренію, визначило високий рівень незадоволеності власним функціонуванням в родинній, професійній сферах, а також у сфері комунікації.

О. М. Мишаківська
ДОКАЗОВА МЕДИЦИНА У ПСИХІАТРІЇ. ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ЯК НОВИЙ НАПРЯМ
ОРГАНІЗАЦІЇ ДОПОМОГИ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ПРАКТИЦІ

На сьогодні все більшого значення набуває доказова медицина, метою якої є оптимізація якості надання медичної допомоги з погляду ефективності та вартості.

У психіатрії принципи доказової медицини широко застосовують при впровадженні у клінічну практику нових лікарських засобів. Та у клінічній психіатрії не завжди можна застосувати доказову медицину, яка вимагає стандартизації лікування до відповідного діагнозу. Ці особливості зумовлені неможливістю передбачити клінічний перебіг та прогноз захворювання, ефект та переносимість лікування, частий розвиток резистентної

симптоматики. Проте принципи доказової медицини можуть виявитися корисними для оптимізації надання психіатричної допомоги населенню та зменшення державних витрат. При тривалих та хронічних психіатричних захворюваннях, коли пацієнт стає дезадаптованим і потребує сторонньої опіки, тягар догляду за пацієнтом часто лягає на заклади охорони здоров'я. При цьому виділяються кошти на утримання пацієнта у стаціонарі та виплачуються кошти з приводу втрати працездатності.

Сучасні світові тенденції у психіатрії спрямовані на оптимізацію та зменшення витрат на систему охорони

здоров'я, що досягається скороченням тривалості перебування хворого у стаціонарі, розвитком амбулаторної допомоги населенню. Принципи доказової медицини широко використовують для пошуку нових способів надання психіатричних послуг. У країнах ЄС та у Японії започатковано новий напрям медичних послуг у геронтопсихіатрії – впровадження паліативної медицини для надання допомоги хворим на деменцію.

Метою дослідження є розробка нового для України алгоритму надання допомоги хворим на деменцію у позалікарняних умовах і оцінка його економічної доцільності та ефективності.

Під час виконання роботи планується обстежити 200 пацієнтів з деменцією, серед них 100 осіб, які перебувають у позалікарняних умовах – основна група, та 100 осіб, які перебувають у лікувальному закладі. Контрольна та основна групи будуть репрезентативні за ступенем тяжкості деменції. Під час виконання роботи будуть використані різні методи дослідження, серед яких метод системного підходу – для аналізу наявних моделей організації та надання медичної і соціальної допомоги пацієнтам з деменцією; соціологічний метод – для визначення суб'єктивних оцінок щодо організації,

результатів та якості надання допомоги населенням та медичними працівниками; метод концептуального моделювання – для створення нової альтернативної моделі надання соціально-психіатричної допомоги хворим на деменцію; метод експертних оцінок – для оцінки ефективності та дієвості створеної моделі; метод клінічного інтерв'ю – для отримання суб'єктивної та об'єктивної інформації від пацієнта та його помічника (родича).

Очікується, що створений у процесі дослідження алгоритм з догляду за хворими на деменцію у домашніх умовах виявиться ефективним, економічно доцільним та зручним для використання, що дозволить зменшити навантаження на заклади охорони здоров'я, надасть можливість пацієнту не бути ізольованим від суспільства, продовжувати жити у родині, у звичному для нього середовищі.

Висновки. У сучасній світовій медицині відбувається пошук нових альтернативних моделей надання допомоги пацієнтам з деменцією, які б відповідали сучасним принципам доказової медицини, забезпечували комфортні умови для пацієнта та залучали родичів до опіки над хворим.

І.В. Онищенко

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ ТРЕНІНГ В СИСТЕМІ КОМПЛЕКСНОЇ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ХВОРИХ НА ПСОРИАЗ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Мета дослідження: поновлення гармонійного рівня функціонування хворих на псоріаз за допомогою соціально-психологічного тренінгу.

Матеріали та методи. Дослідження було проведено у групі, яку склали 114 осіб віком від 18 до 55 років, у яких було діагностовано псоріаз

Результати. У результаті проведеного дослідження визначено, що дезадаптація хворого на псоріаз складається з порушень у психоемоційній, особистісній сфері та сфері соціального функціонування. Внаслідок проведення соціально-психологічного тренінгу, який містив 4 блоки: організаційний, корекції емоційно-вольових порушень, корекції дисгармонійних рис особистості, відновлення соціальної адаптації, вдалося

знижити або взагалі нівелювати прояви дезадаптації на психологічному та соціальному рівнях у хворих на псоріаз в (93,33±9,65)% випадків.

Висновки. Дезадаптація особи, хворої на псоріаз, є комплексним явищем, яке включає соматичні, психічні та соціальні аспекти і проявляється істотним зниженням якості життя пацієнта.

Проведення соціально-психологічного тренінгу, який враховує мультифакторність дезадаптації хворого на псоріаз, дозволяє знизити або взагалі нівелювати прояви дезадаптації на психологічному та соціальному рівнях в даній категорії хворих в (93,33±9,65)% випадків.

О.А. Панченко, Е.А. Пугач, Т.Э. Чумак, Л.В. Панченко, С.М. Радченко

ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Государственное учреждение «Научно-практический медицинский реабилитационный диагностический центр МЗ Украины», г. Константиновка

Понятие «психической болезни» не исчерпывается только «психозами», которые составляют от 1,5% до 2%, а включает в себя также пограничные психические расстройства, встречающиеся у 20–25% населения. За последние 10 лет наблюдается рост пограничных психи-

ческих расстройств, преимущественно депрессивных, более чем на 10%, (Александровский Ю.А., 2006).

Изменение названия психиатрического учреждения, оказывающего помощь больным с этими расстройствами, будет способствовать преодолению психологических барьеров и упростит обращение больного к психи-

атру. Например, название «психиатрическая больница» следует изменить на название, отражающее меры психиатрической помощи («реабилитационный центр»). Условия пребывания больных с пограничными психическими расстройствами в указанных заведениях психиатрической помощи не должны иметь даже намеков на изоляцию, наоборот, должны быть приближены к обычному образу жизни, позволять общаться с семьей и окружающей средой, что способствует ускорению выздоровления пациентов и возвращению их к труду.

Решение нормативно-правовых вопросов по организации работы психолога в учреждениях здравоохранения и его профессионального роста – это и есть путь к изменению ментальности и стигматизации, существующих в нашем обществе по отношению к психиатру, и улучшению взаимодействия между врачом-психиатром и семейным врачом. Роль психолога в системе медико-психологической реабилитации заключается в минимизации инвалидирующих факторов в структуре психики, предотвращении или уменьшении стойких психических последствий заболевания, в восстановлении прежнего или становлении нового социального личностного и трудового статуса больного, «встраивании» в психическую деятельность адекватных конструкции индивидуальности компенсаторных механизмов и стратегий адаптивного поведения, способствующих ауторегуляции больным своих отношений с окружающей средой и самим собой.

В ГУ «НПМ РДЦ МЗ Украины» оказание психиатрической помощи пациентам с пограничными психическими расстройствами в амбулаторных условиях строится в два этапа: консультативный прием врачей-психиатров клиничко-диагностического отделения, по

показаниям – лечение в дневном стационаре психоневрологического отделения.

На этапе консультативной помощи проводится диагностика психического и психологического состояния с применением современных методов клинических, параклинических, экспериментально-психологических методов диагностики, функциональной диагностики. Для уточнения диагноза и степени тяжести заболевания больным по показаниям проводится электроэнцефалография, нейровизуализационное обследование (ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга и экстракраниальных отделов головного мозга) в отделении нейрофизиологии и нейрореабилитации. Также оказывается высококвалифицированная помощь при участии докторов медицинских наук и кандидатов медицинских наук.

Пациенты с пограничными психическими расстройствами проходят курс реабилитационно-восстановительного лечения в условиях дневного стационара. С 2011 по 2013 гг. основной контингент больных составляли пациенты трудоспособного возраста – 873 человека (66,3%). Преобладающая патология – органические расстройства головного мозга (784 человека, 59,6%), на втором месте – невротические и соматоформные расстройства (292 человека, 22,2%), на третьем месте – расстройства зрелой личности и поведения у взрослых (168 человек, 12,8%).

Созданная система оказания психиатрической помощи в амбулаторных условиях является адекватной, эффективной, позволяет осуществлять индивидуальный подход в назначении больному комплекса лечебных мероприятий, создание мотивации на оздоровление и повышение качества жизни.

В.Я. Пішель, М.Ю. Полив'яна, В.В. Сотніченко

МІЖНАРОДНА КЛАСИФІКАЦІЯ ФУНКЦІОНУВАННЯ: ПЕРСПЕКТИВИ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИ РОЗЛАДАХ СПЕКТРА АУТИЗМУ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Проблема вибору стандартизованого, валідного та надійного інструментарію для оцінки рівня функціонування пацієнтів із психічними розладами, в тому числі з розладами спектра аутизму (РСА), залишається надзвичайно актуальною для сучасної психіатричної науки та практики. Як такий інструментарій ВООЗ у 2001 р. запропонувала Міжнародну класифікацію функціонування, обмеженої життєздатності та здоров'я (МКФ), яка, на жаль, недостатньо відома серед фахівців.

Мета роботи – висвітлити основні положення МКФ та оцінити перспективи її використання при РСА.

Згідно з МКФ, фізичний та психічний стан будь-якої людини можна проаналізувати за загальною шкалою – шкалою здоров'я та обмеження життєдіяльності з акцентом на ступені здоров'я.

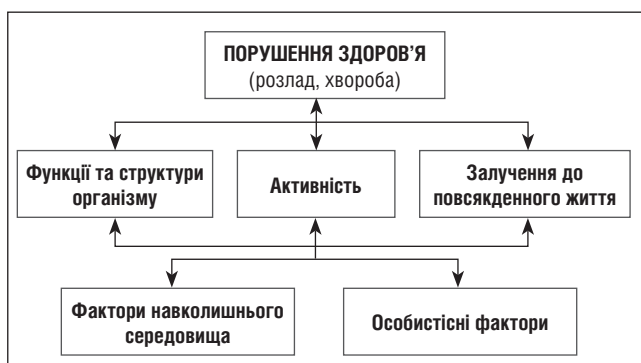


Рисунок. Взаємодія між компонентами МКФ.

МКФ побудована на основі таких принципів: універсальність, утилітарність, нейтральність, достовірність, валідність, порівнянність, акцент на позитивних аспектах, взаємодія з факторами навколишнього середовища, інтерактивність.

ВООЗ рекомендує широко застосовувати МКФ в різних сферах діяльності людини та суспільства загалом: для розробки державної політики у сфері реабілітації; для економічного аналізу здоров'я, захворюваності, інвалідації населення; для статистичного аналізу; при проведенні медико-соціальної експертизи; як дослідницький інструментарій; а також у клінічній практиці для розробки терапевтичних стратегій, спрямованих на окремі компоненти функціонування.

МКФ не моделює процес функціонування та обмеження життєдіяльності. Вона забезпечує «будівельними блоками» користувачів, які бажають створювати моделі та вивчати різноманітні аспекти цих процесів. У цьому сенсі МКФ можна розглядати як мову: тексти, створені за її допомогою, залежать від користувачів, їх творчості, наукової спрямованості. Взаємодію різних компонентів МКФ представлено на рисунку.

Наразі ряд провідних міжнародних наукових центрів почав розробку окремих розділів (блоків) МКФ для РСА. На даному етапі роботи визначаються параметри

для кількісної оцінки функціонування та здоров'я осіб з РСА відповідно до блоків МКФ.

При оцінці стану структури та функцій організму осіб з РСА пропонується застосовувати такі показники: м'язовий тонус (гіпотонія), підвищення рухливості суглобів, апраксія, порушення моторного контролю та сенсорної інтеграції. Оцінка активності суб'єкта повинна враховувати такі параметри, як незграбна хода, недостатність імітації, скоординованість навичок та умінь. У блоці «залучення до повсякденного життя» пропонують оцінювати затримку розвитку, активність способу життя, навички самообслуговування, довільну або регламентовану ігрову активність. «Особистісні фактори» включають увагу, пам'ять, емоції, мотиваційні фактори, вербальний та невербальний інтелект. У блоці «фактори навколишнього середовища» пропонують розглядати такі особливості режиму: шаблонність, передбачуваність, звичність, закритість.

Подальша адаптація МКФ для застосування при РСА передбачає проведення досліджень в 4 напрямках: вивчення існуючих методик та стандартів; залучення експертів; вивчення думки пацієнтів, родичів, опікунів; аналіз клінічного досвіду з урахуванням соціально-економічних та культурних реалій різних країн.

О.В. Радзевілова

ВПЛИВ СОЦІАЛЬНИХ ТА СИТУАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У СТРУКТУРІ ЖІНОЧОЇ ЗЛОЧИННОСТІ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

Мета роботи: дослідити вплив соціальних та ситуаційних факторів у структурі жіночої злочинності.

Матеріали та методи. Проведене дослідження ґрунтується на аналізі 47 актів стаціонарних комплексних судових психолого-психіатричних експертиз із результатами психологічного обстеження жінок, які вчинили суспільно-небезпечне діяння (ст. 115, ст. 119, ст. 121, ст. 128 КК України). Вік жінок на момент скоєння злочину коливався від 20 до 47 років. В усіх випадках виносилось експертне рішення, згідно з яким підекспертну особу визнавали здатною усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними. Інструментом дослідження була розроблена карта обстеження, яка включає в себе декілька блоків. У дослідженні використовували якісний аналіз даних акту стаціонарної експертизи: характеристика вчиненого злочину, психологічне обстеження підекспертних та матеріали кримінальної справи (соціально-демографічні показники, наявні характеристики, надані покази підекспертних на досудовому слідстві стосовно інкримінованого діяння тощо).

Результати. Під час скоєння злочину у стані алкогольного сп'яніння перебували 53% жінок. У цих випадках під час експертного психологічного обстеження виявляли: збіднення інтересів та спрощеність ціннісних орієнтирів (64%), егоцентричність (24%), зовнішньо-обвинувачувальний радикал (47%); поверхневе ставлен-

ня до життєвих подій (23%); здатність дотримуватись власних інтересів (38%), низьку сформованість морально-етичної сфери (78%), в переважній більшості (78%) домінували певні властивості збудливого кола (імпульсивність, дратівливість, неврівноваженість, схильність до самоафектації тощо). У 72% випадків під час стаціонарної експертизи була виявлена захисна позиція щодо скоєного правопорушення. Характер стосунків із потерпілим по справі визначався як формальний, тобто конфліктна ситуація передувала тільки вчиненню злочину, у 44% випадків; у 76% випадків потерпілий із підекспертною спільно вели асоціальний спосіб життя. Незакінчену середню освіту мали 12% осіб, середню-спеціальну – 84%, вищу – 4%. Збережену трудову адаптацію (працювали) мали 48% осіб; в 52% випадків підекспертні не працювали. В анамнезі асоціальну поведінку (крадіжки, бійки, примітивно-споживацький спосіб життя) мали 64% осіб.

Іншу категорію підекспертних склали особи, які вчинили злочини за наявності в анамнезі конфліктних стосунків із потерпілим – 47% випадків. Для них характернішими були невисокий рівень активності (38%), емотивність (26%), намагання уникати конфліктних ситуацій (74%), обмеженість інтересів побутовим рівнем (42%), переважання гальмівних реакції (63%), емоційна виразність (60%), контроль зовнішніх емоційних про-

явів (69%), пасивність у відстоюванні власних інтересів (47%), позитивна соціальна спрямованість (59%). Середню освіту (11 класів) мали 23% осіб, середню-спеціальну освіту здобули 64%, вищу освіту – 13%. Збережену трудову адаптацію (працювали) мали 87% осіб; у 13% випадків підекспертні не працювали, займались хатнім господарством.

Під час вчинення злочину у більшості випадків відмічався стан алкогольного сп'яніння, що виступає як пусковий механізм реалізації збудливих рис особистос-

ті, як типове реагування в конфліктних ситуаціях. У цих випадках умови мікросоціального середовища, соціальна орієнтація, система життєвих цінностей відображається у структурі вчиненого злочину. Агресивна мотиваційна спрямованість жінок, які мали індивідуальні особливості за типом гальмівних реакцій, не є типовою для таких осіб (з урахуванням позитивної соціальної спрямованості підекспертних) та більшою мірою залежить від ситуаційно обумовлених форм реагування.

К.В. Рябухін

ОСОБЛИВОСТІ АЛКОГОЛЬНОЇ МОТИВАЦІЇ У ЖІНОК, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ ВІД АЛКОГОЛЬНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Мета дослідження. Визначити провідні мотиви споживання алкоголю жінками, які страждають на алкогольну залежність.

Матеріали та методи. Для проведення обстеження було сформовано дві групи дослідження. До основної групи (ОГ) увійшли 78 жінок, хворих на алкогольну залежність, у віці 23–46 років. Групу порівняння (ГП) склали 69 чоловіків з алкогольною залежністю. Клініко-психологічне обстеження проводили з використанням методів спостереження, клінічного інтерв'ю, психологічного тестування за допомогою методики визначення мотивації вживання алкоголю (МВА) за В.Ю. Зав'яловим.

Результати. За допомогою методу інтерв'ювання було виявлено, що досліджувані ОГ віддавали перевагу таким алкогольним напоям: слабоалкогольні напої-коктейлі (джин-тонік, ром-кола, бренді-кола

тощо) – (23,08±6,03)%; вино, вермути – (17,95±4,27)%; міцні спиртні напої: лікер – (12,82±3,22)%, горілка – (11,54±3,79)%, а в ГП переважає вживання таких спиртних напоїв: горілка – (27,53±5,82)%, пиво – (18,84±4,47)%, віскі – (13,04±3,26)%. Також відмічено, що в ОГ переважають такі мотиви прийому алкоголю, як мотиви компульсивного потягу – (16,66±4,17)%, атарактичні мотиви – (14,10±3,92)% та мотиви гіпермотиваційного напруження – (12,82±3,22)%. У ГП провідними мотивами були також мотиви компульсивного потягу – (17,39±3,87)%, гедоністичні мотиви – (15,94±3,11)% та адиктивні мотиви – (14,49±3,02)%.

Висновки. Жінки, хворі на алкогольну залежність, вживають переважно слабоалкогольні напої. Головними мотивами вживання алкоголю у жінок є мотиви компульсивного потягу, атарактичні та мотиви гіпермотиваційного напруження.

Л.В. Рахман¹, М.В. Маркова²

ПАРАМЕТРИ КОГНІТИВНОГО ФУНКЦІОНУВАННЯ У ХВОРИХ ІЗ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИМИ ДЕПРЕСІЯМИ

¹Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького, м. Львів

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Висока поширеність депресій привертає до себе увагу багатьох дослідників. На сьогодні встановлено, що близько 30–60% депресивних станів мають ознаки резистентності до терапії, що проводиться. Дані багатьох авторів вказують на істотну роль когнітивних порушень при депресивних розладах, розглядають їх як обумовлюючі механізми соціальної дезадаптації та достовірних показників ефективності терапії.

Мета дослідження: вивчити характеристики когнітивного функціонування у хворих, які страждають на терапевтично резистентні депресії.

Матеріали та методи. До проведеного дослідження на основі інформованої згоди залучено 87 пацієнтів, чоловіків (24) та жінок (63), віком 27–40 років, з верифікацією діагнозу згідно з критеріями МКХ-10: депресивний епізод у структурі біполярного афективного

розладу різного ступеня важкості (F31.3 – F31.5), депресивний епізод (F32), рекурентний депресивний розлад (F33), дистимія (F34.1), з ознаками резистентності (відсутність або частковий ефект від терапії, що проводиться). Клініко-психопатологічний метод ґрунтувався на принципах проведення психіатричного обстеження пацієнтів згідно з клінічними критеріями МКХ-10. У ході дослідження було проведено оцінку психічного стану шляхом оцінки скарг пацієнтів, їх анамнестичних даних, вивчення симптомів, синдромів, їх психопатологічну інтерпретацію і співвідношення з класифікаційними характеристиками МКХ-10. З метою стандартизованої оцінки клінічних проявів депресивного розладу і ступеня його вираженості використовували шкалу Гамільтона-НАМД-21 (Hamilton M., 1960). За допомогою шкали Гамільтона-21 пункт (НАМД-21) було проведено

оцінку ТРД за ступенем важкості, при цьому показник 7–16 балів розцінювався як легкий ступінь вираженості, 17–27 балів – як середньої важкості, важкі депресії кваліфікувалися при показнику більше 27 балів. Депресію вважали резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно відмінними препаратами відмічалася відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50%). Для оцінки когнітивної функції пацієнтів використовувалася шкала MMSE – Mini-Mental State Examination (коротка шкала оцінки психічного статусу). Результат отримували шляхом сумачії балів (максимальна кількість – 30). Про відсутність порушень когнітивних функцій свідчив результат 28–30 балів, когнітивні порушення мали місце при сумі 24–27 балів, причому легка когнітивна дисфункція діагностувалася при 26–27 балах, а помірна – при 24–25. Результат нижче 24 балів кваліфікувався як деменція. Критеріями виключення із дослідження слугували дані про перенесені органічні захворювання центральної нервової системи, залежність від психоактивних речовин, наявність ознак метаболічних захворювань, передозування лікарськими засобами, а також пацієнти, які мали в анамнезі черепно-мозкову травму.

Результати та обговорення. Аналіз отриманих результатів у ході проведеного дослідження встановив, що в обстеженій групі хворих із терапевтично резистентними депресіями переважав важкий ступінь вираженості депресивної симптоматики у 63 хворих, що становило 72,4%, помірний рівень виявлено у 21 хворого (24,1%), легкий ступінь вираженості був притаманний 4 хворим (3,5%). Отримані дані в ході виконання шкали MMSE у 12 пацієнтів (13,8%) засвідчили відсутність когнітивних порушень. Когнітивний дефіцит відмічався у 75 хворих, що становило 86,2%. При цьому легкий ступінь когнітивного зниження виявлено у 22 пацієнтів (25,3%), у 51 пацієнта (58,6%) встановлено помірний рівень когнітивної дисфункції, а у 2 випадках (2,3%) зареєстровано початкову деменцію. Якісна характеристика когнітивних порушень при терапевтично резистентних депресіях засвідчила неоднорідність їхньої структури. В основному вони носять характер нейрокогнітивного дефіциту і проявляються порушеннями виконавчих

функцій, уваги, пам'яті, швидкості перебігу психомоторних процесів та оптико-просторових здібностей. Також вивчено особливості когнітивних порушень залежно від психопатологічного варіанту депресивного синдрому. Так, у пацієнтів із тривожним (ажитованим) варіантом виявлено істотні ускладнення під час виконання завдань, зростання кількості помилок, порушення психомоторної координації, зорово-просторової функції та довготривалої пам'яті. Також відмічено коливання продуктивності психічної діяльності, імпульсивність психічних процесів. Астено-анергічний варіант характеризувався загальмованістю темпу психічної активності, інертністю та спустошеністю психічних процесів. Когнітивна дисфункція характеризувалася порушенням стійкості та зниженням концентрації уваги, зниженням як короткотривалої, так і довготривалої пам'яті. При апатико-адинамічному клінічному варіанті терапевтично резистентних депресій феноменологія когнітивного дефіциту вирізняється вираженою психомоторною загальмованістю, втратою здібності отримувати задоволення, зниженням мотивації, труднощами в зосередженні та прийнятті рішень, у структурі переважають порушення динамічного праксису, уваги, розлади зорово-просторової функції та пам'яті. У значній мірі на пізнавальну сферу пацієнтів із терапевтично резистентними депресіями впливають афективно-когнітивні викривлення, які сприяють виникненню нереалістичних уявлень, оцінок та суджень у хворих. Також характерними рисами когнітивного дефіциту є такі складові депресивного синдрому, як порушення самоаналізу, самооцінки та саморегуляції психічних процесів (пам'яті, мислення, уваги) – метакогнітивні порушення. Причому, чим важчий прояв депресивної симптоматики, тим більше в генезі когнітивних порушень відіграють роль афективно-когнітивні викривлення та метакогнітивні зсуви.

Висновок. Таким чином, проведене дослідження виявило високу частоту когнітивної дисфункції (порушення уваги, труднощі у прийнятті рішень, порушення пам'яті, дефіцит обробки інформації, порушення психомоторних функцій, порушення виконавчих функцій), а також встановило складний характер співвідношень між депресивною симптоматикою та когнітивними порушеннями при терапевтично резистентних депресіях.

А.И. Рыкова

КОГНИТИВНЫЙ ДЕФИЦИТ И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ С НЕЙРОСИФИЛИСОМ

ГУ «Луганский государственный медицинский университет», г. Луганск

Под наблюдением находилось 50 пациентов, которые перенесли нейросифилис. В ходе исследования проводился анализ особенностей проявления психических расстройств у подопытной группы пациентов. Применялись следующие психометрические методики: MMSE, HDRS, опросник Шихана.

На первом этапе тестирования по шкале MMSE – 46% опрошенных набрали от 11 до 19 баллов, что соответствует деменции умеренной степени, 24% – тяжелой

деменции и 30% – деменции легкой степени. Аффективные расстройства оценивались путем тестирования по шкале HDRS: 62% – легкое депрессивное расстройство, 38% – депрессивное расстройство тяжелой степени. В клинической картине доминировали следующие психопатологические симптомы: транзиторная спутанность сознания (85%), несистематизированные бредовые идеи отношения, обкрадывания (90%), ранее описанные в литературе мегаломанические бредовые идеи

отмечались лишь в 15% случаев, при этом были достаточно нестойкими. В фабуле доминировал бытовой характер (владелец автопарка, водитель известного человека, миллионер), истинные зрительные обманы восприятия (65%), конфабуляторные расстройства (80%), у 100% отмечалось снижение критичности, недержание аффекта и интеллектуально – мнестическое снижение в различной степени выраженности. В 8% отмечался эпизиндром. Характерной особенностью контрольной группы пациентов, страдающих нейросифилисом, являлось отсутствие характерной симптоматики в неврологическом статусе: патологических зрачковых рефлексов, резко неравномерных сухожильных рефлексов, монопарезов. Наряду с этим в неврологическом статусе отмечались неврологическая микросимптоматика в виде нерезкого экзофтальма (35%), нерезкая асимметрия носогубных складок (20%), хваткость в позе Ром-

берга (100%). Во время осмотра окулистом глазного дна у 96% патологических изменений не отмечалось, и лишь у 2% – положительный симптом Робертсона, 2% – атрофия дисков зрительного нерва. Летальность в группе составила 4%.

Повторно тестирование пациентов проводилось после применения комбинированного лечения: специфической пеницилинотерапии согласно протоколам лечения нейросифилиса, в сочетании с симптоматической терапией ноотропными препаратами, дегидратационных методов, применения нейролептиков, антидепрессантов.

Наиболее быстро уменьшались параноидная и аффективная симптоматика – у 75% пациентов на 4–5 недели лечения. Тестирование по шкале MMSE: у 29% – деменция умеренной степени, у 24% – тяжелая деменция и у 47% – деменция легкой степени.

Д.Н. Сапон

К ВОПРОСУ О КОМОРБИДНОСТИ ФИБРОМИАЛГИИ С БОЛЕВОЙ НЕВРОПАТИЕЙ ТРАВМАТИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины, г. Киев

Фибромиалгия – заболевание, с которым сталкиваются врачи разных специальностей: терапевты, неврологи, ревматологи, психиатры. Ведущей жалобой является боль различной, но характерной локализации. Очень часто клинические особенности боли при фибромиалгии по количественным и качественным характеристикам аналогичны с болями при других заболеваниях, в частности при болевой невропатии травматического генеза, что является существенной проблемой как при диагностике, так и последующем лечении.

Цель исследования: изучить современные диагностические подходы к болевой невропатии органического генеза в сочетании с фибромиалгией.

Материалы и методы. Нами было обследовано 126 пациентов с жалобами на наличие болевого синдрома различной интенсивности и длительности. Проведено комплексное обследование больных с использованием клиничко-инструментальных и нейропсихологических методов с целью подтверждения фибромиалгии (ЭЭГ-мониторирование, Р300 когнитивные потенциалы) и выявления коморбидной болевой невропатии травматического генеза (МРТ, ЭНМГ).

Результаты. Разработанный комплекс диагностических мероприятий в виде сочетания клиничко-инструментальных и нейропсихологических методов позволил с высокой степенью достоверности выявить фибромиалгию у 76 (60,3%) пациентов с болевыми невропатиями органического генеза. У 50 (39,7%) больных манифестирующая форма фибромиалгии маскировала органическое поражение периферической нервной системы. Кроме того, при наличии у пациента сочетанной патологии повышался риск возникновения психических расстройств тревожного и депрессивного спектра, более выражено снижалась трудоспособность, социальная адаптация и качество жизни в целом.

Выводы. Наличие двух сочетанных заболеваний: фибромиалгии и болевой невропатии органического генеза требует применения диагностических методик, подтверждающих двухкомпонентность механизма развития болевого синдрома, что имеет решающее значение при выборе тактики и методов дальнейшего лечения пациентов с этими патологиями.

В.В. Строевский

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ В ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ СЕТИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Предыдущий опыт работы коллег в области депрессивных расстройств в первичной медицинской сети, а также многочисленные публикации обосновывают необходимость разработки определенной последователь-

ности этапов взаимодействия с пациентами, страдающими депрессией в первичной медицинской сети.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии

с курсом общей и медицинской психологии ГУ «Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского» и городской поликлиники № 2.

Объект исследования – пациенты, обратившиеся в поликлиническое отделение с соматическими жалобами, с выявленными симптомами депрессивных расстройств, но не состоявшие ранее на диспансерном учете. Работу осуществляла междисциплинарная бригада (психиатр, терапевт, медсестра) в несколько этапов.

Результаты. На первом этапе симптомы депрессии и тревоги выявлены у 65% опрошенных. 16% пациентов обнаружили наличие алкогольных проблем; 4% пациентов имели нарушения пищевого поведения, 48% обследуемых обнаружили симптомы соматизации, депрессии, тревоги.

По данным опросника Спитзера и первичного скринингового опросника В.Н. Краснова, у 70% пациентов были выявлены отдельные симптомы депрессии. Более трети пациентов оценили свое здоровье как «слабое», остальные – как «удовлетворительное» и «хорошее».

В соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 – 22,5% (27 чел.) обследуемых имели клинические проявления аффективных расстройств (депрессивного эпизода, рекуррентного депрессивного

расстройства, дистимии), 27,5% (33 чел.) отвечали критериям расстройства адаптации.

49,4% пациентов оценили свое здоровье как «слабое»; симптомы тревоги выявлялись у 63,6% обследованных; 10,4% человек указали на наличие проблем при сексуальных отношениях; 66,2% пациентов имели симптомы более двух расстройств по опроснику Спитзера; отказавшихся от лечения оказалось 33,7%.

Большинство пациентов считали естественным угнетенное состояние и рассматривали его как реакцию на тяжелое соматическое страдание, не требующее терапевтического вмешательства. Качество комплайенса зависело от образовательного уровня пациентов, отношения к психиатрии, деморализации вследствие депрессии и алекситимии, а также этнокультуральных особенностей. 8% (31 чел.) высказали свое недоверие психиатрии.

Выводы. Выявленные особенности обусловили необходимость разработки этапов терапевтического альянса, позволяющих повысить уровень партнерских и доверительных отношений, организовать социально-психологическую поддержку и повысить качество жизни пациентов, с учетом их личностных и социальных особенностей.

О.А. Ревенок¹, О.Ю. Плевачук², О.Б. Сувало³

ПРОБЛЕМИ ОЦІНКИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ ВНАСЛІДОК ОРГАНІЧНОГО УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ ПРИ ПОСМЕРТНІЙ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ ЕКСПЕРТИЗИ

¹Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ

²Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів

³КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня», м. Львів

У зв'язку зі зміною ставлення громадян до власного майнового статусу та збільшення кількості судових майнових суперечок, однією з найважливіших на даний час проблем судово-психіатричної експертизи є проведення посмертних судово-психіатричних експертиз у цивільному судочинстві. Враховуючи світові прогнози стосовно зростання кількості літніх людей, у яких часто наявні супутні розлади психічної діяльності, можна передбачити збільшення кількості судово-психіатричних оцінок їх психічного стану при укладанні тих чи інших правочинів

У судово-психіатричній експертній діяльності окремих практичний та науковий інтерес викликають особливості посмертної діагностики та визначення здатності усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними особами з психічними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, які при житті уклали правочини.

Широкий поліморфізм проявів психічних розладів, які виникають внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, охоплює діапазон порушень від легких неврозоподібних розладів до вираженої деменції. Різний ступінь вираженості симптоматики, що часто супроводжується малоінформативними описами психічного стану, зумовлюють складність діагно-

тики розладів психічної діяльності в осіб з психічними розладами внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу, які уклали правочини. Особливі діагностичні труднощі у кваліфікації психічного стану виникають при виконанні посмертних судово-психіатричних експертиз з метою визначення ступеня здатності осіб усвідомлювати значення свої та керувати ними у періоди укладання цивільних актів.

Однією з передумов якісного проведення посмертної діагностики психічних порушень є повноцінна прижиттєва кваліфікація та опис психічних розладів внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу. Як правило, під час перебування під спостереженням лікарів первинної ланки надання медичної допомоги, психічні розлади внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу не завжди можуть бути помічені та описані відповідно до критеріїв Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10). В Україні на сьогодні активно продовжують використовувати діагноз «дисциркуляторна енцефалопатія» (ДЕП). Рідше лікарі використовують інші поняття, якими описують клінічні стани при ДЕП, такі як «хронічна недостатність мозкового кровообігу», «хронічна судинно-мозкова недостатність», «ішемічна хвороба головного мозку», «повільно прогресуюча

недостатність мозкового кровообігу», «цереброваскулярна недостатність», «постінсультний стан». Поза межами пострадянського простору для визначення пізніх стадій хронічної ішемії мозку використовують термін «судинна деменція». Неповнота або відсутність описів психічних порушень лікарями психіатрами ускладнює або унеможливує ретроспективне (посмертне) дослідження психічного стану осіб та кваліфікацію психічних розладів з метою встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання правочину.

У результаті аналізу випадків судово-психіатричних експертиз як посмертних, так і живих осіб, яким було діагностовано ДЕП та які уклали правочини, нами виділено кілька проблем, які значно ускладнюють проведення судово-психіатричних експертиз відповідно до сучасних стандартів медичної науки, доказової медицини та експертології, та потребують глибшого дослідження та нагального вирішення:

1. Поняття ДЕП відсутнє в МКХ-10, натомість, 3 нозології класифікації (за деякими авторами – 5 і більше) частково відповідають опису цього поняття.

2. Діагноз ДЕП встановлюється переважно лікарями загальної практики (невропатологи, сімейні лікарі, дільничні терапевти), які, не будучи спеціалістами в галузі психіатрії, в своїх записах фіксують розлади психічної діяльності різного спектру та ступеня вираженості, не кваліфікуючи їх відповідно до критеріїв МКХ-10.

3. При встановленні діагнозу ДЕП, що супроводжується психічними розладами в осіб, які уклали правочини, в зв'язку з відсутністю кваліфікації даних розладів та визначення ступеня їх вираженості, значно ускладнюється можливість ретроспективного встановлення здатності особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними в періоди, які цікавлять суд при вирішенні цивільних суперечок.

Базуючись на методологічній (формально логічний, діалектичний та системний методи дослідження) та методичній (принцип презумпції, відповідності даних та обґрунтованості) основах судово-психіатричної експертної діяльності, дослідження об'єктів при виконанні судово-психіатричних експертиз та надання відповідей, на запитання, які цікавлять суд, потребує чіткої критерійності, валідності, достовірності та достатньої доказовості.

Враховуючи особливість проведення посмертної судово-психіатричної експертизи, коли об'єктом дослідження є носії інформації про психічний стан особи з різних джерел (матеріали справи, медична документація, відеозаписи, свідчення різних осіб), при відсутності можливості проведення безпосереднього психіатричного огляду особи, нагальною необхідністю є розроблення критеріїв оцінки психічних розладів, які внаслідок органічного ураження головного мозку судинного генезу при проведенні посмертних судово-психіатричних експертиз.

С.І. Табачников, Є.Н. Харченко, Т.В. Синіцька, А.Н. Чепурна

ХАРАКТЕРИСТИКА АДИКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ, ЩО ВЖИВАЮТЬ ПСИХОАКТИВНІ РЕЧОВИНИ, ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Миколаївська обласна психіатрична лікарня № 1 МОЗ України, м. Миколаїв

Серед низки значних медико-соціальних проблем сучасності, що постають не тільки перед профільними фахівцями більшості країн світу, а й державними структурами, питання поширеності та неухильного збільшення наркоманії, особливо серед підлітково-молодого віку, є одним з першорядних.

Метою дослідження було вивчення етіопатогенетичних і психопатологічних характеристик формування наркотичної залежності у підлітків, що приймають психоактивні речовини (ПАР).

Матеріали і методи. Досліджувалось 1576 осіб підлітково-молодого віку з числа учнів шкіл та студентів ВНЗ. Із загального числа була відібрана група (184 осіб), що вживають ПАР, яка досліджувалась за допомогою спеціально розробленої «уніфікованої карти», що включає соціально-демографічні, патопсихологічні, клініко-психопатологічні характеристики. Матеріал систематизований, статистично оброблений і проаналізований.

Результати. Ідентифіковано біологічні, психологічні та психосоціальні фактори ризику розвитку адиктивної поведінки при вживанні ПАР, які ранжовані за інтенсивністю впливу на загальні та специфічні. Предиспонує чинники – молодий вік, екзистенційний вакуум, відсутність сенсу життя і цілей, висока схильність до аномальної поведінки і наявність психологічного делінквентного потенціалу. Сприятливими факторами є: синдром дефіциту уваги і гіперактивність в анамнезі, більш виражена компрометація комунікативної сфери

особистості, порівняноз емоційно-вольовою та інтелектуальною сферами; домінування серед особистісних властивостей безтурботності, імпульсивності, спонтанності в поведінці, невпевненості в собі, що поєднується з відсутністю самоаналізу. Підтримуючі фактори : наявність рис акцентуації характеру (демонстративного, збудливого, емотивного, нестійкого, конформного та інших типів); неможливість досягнення бажаного соціального статусу і становища в суспільстві; розрив соціальних зв'язків; знижена самооцінка з суб'єктивною можливістю її компенсації у процесі споживання ПАР; аномальність сімейних устоїв; вади виховання; низький рівень моральних критеріїв тощо. Виявлено, що характерними ознаками адиктивних розладів при вживанні ПАР є високий рівень особистісної та ситуаційної тривожності, та домінування дистимічно-дисфоричної симптоматики зі зверхцінною ідеєю – суб'єктивною компенсацією стану шляхом перебування в особливому зміненому настрої. Динаміка симптомів адиктивної поведінки має високу кореляцію зі специфічними мотивами вживання ПАР (комунікативні, гедоністичні, компульсивні).

Отримані дані виявилися високо результативними у проведенні психотерапевтичної корекції, спрямованої як на первинну, так і на вторинну профілактику залежних станів при адиктивних розладах у підлітків, що вживають ПАР.

О.В. Чернышев

АСПЕКТЫ СОМАТОФОРМНЫХ ВЕГЕТАТИВНЫХ ДИСФУНКЦИЙ В ДЕТСКОМ И ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ

Николаевская областная психиатрическая больница №1, г. Николаев

В последние годы у подростков все чаще диагностируют вегето-сосудистую дистонию, которая в свою очередь маскирует психическую патологию. Это полиэтиологическая патология, в генезе которой могут участвовать различные психические нарушения, прежде всего соматоформные расстройства (F45.30).

Цель исследования: провести дифференциально-диагностическое исследование этиологии психопатологических расстройств, проявляющихся в виде синдрома ВСД в подростковом возрасте.

Материалы и методы. Было обследовано 44 подростка: 26 девушек (59,1%) и 18 юношей (40,9%) в возрасте 16–17 лет. Все дети впервые обследованы психиатром после длительного неэффективного лечения по поводу ВСД.

Результаты. Было установлено, что чаще всего в группе обследованных подростков наблюдалась соматоформная вегетативная дисфункция с цефалгическим синдромом (F45.30) – в 14 случаях (31,8%), – у 9 (34,6%) девушек и 5 (27,8%) юношей. Ипохондрическое расстройство (F45.2) было зафиксировано у 6 подростков (13,6%), вдвое чаще у девушек, чем у юношей: соответственно 4 (15,4%) и 2 случая (11,1%). У 5 подростков (11,4) было диагностировано паническое расстройство

(F41): у 4 девушек (15,4%) и у 1 юноши (5,5%). Хроническое болевое расстройство (F45.4) было диагностировано только у 4 подростков (9,1%) – по два случая у девушек и юношей (11,1 и 7,7% соответственно). В 3 случаях (6,8%) среди обследованных подростков и только у девушек (11,5%) наблюдалась депрессивная реакция в рамках расстройства адаптации с выраженным цефалгическим синдромом (F43.21). Среди обследованных подростков более чем в половине случаев синдром ВСД был ведущим соматизированным проявлением при соматоформных расстройствах. Это было выявлено в 54,5% случаев (у 24 подростков): у 15 девушек (57,7%) и 9 юношей (50,0%).

Выводы. Проведенное исследование выявило, что у всех обследованных подростков этиологическим базисом синдрома ВСД были различные психические расстройства, в которых он выступал ведущим соматизированным компонентом. Чаще всего у пациентов наблюдались различные виды соматоформных расстройств (54,5% случаев), а также депрессивные расстройства (20,5% случаев). Подростки, попадая к психиатру через месяцы, годы после возникновения синдрома ВСД, соответственно, не получают своевременной, адекватной и эффективной помощи.

Н.М. Юрьева

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИИ В АСПЕКТЕ СОЦИАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского», г. Симферополь

Материалы и методы. На основе клинко-психопатологического и психометрического (шкала PANSS) обследования 120 женщин и 110 мужчин, больных параноидной шизофренией установлены гендерные клинко-психопатологические особенности течения и клинических проявлений параноидной шизофрении, влияющие на уровень их социального функционирования.

Результаты. Установлено, что при разработке мер психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией, надо учитывать следующие гендерные клинко-психопатологические различия: большую, по сравнению с мужчинами, продолжительность ремиссии, меньшую выраженность и разнообразие позитивных (у женщин – галлюцинаторное поведение, у мужчин – бред, концептуальная дезорганизация, враждебность) и негативных синдромов (у женщин – трудности в абстрактном мышлении, не-

достаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления, у мужчин – уплощение аффекта, эмоциональная отгороженность, недостаточный рапорт, пассивно-апатичный социальный уход, трудности в абстрактном мышлении, недостаток спонтанности и плавности беседы, стереотипность мышления) и примерно равномерную распространенность обще-психопатологической симптоматики с преобладанием выраженной степени из всей совокупности установленных синдромов.

Выводы. Имеющиеся гендерные клинко-психопатологические различия обуславливают относительно меньшую социальную дезадаптацию женщин в обществе, по сравнению с мужчинами, что требует учета при обосновании подходов к гендерно специфичной терапии и психосоциальной реабилитации женщин, больных параноидной шизофренией.