

18. Хафизова Г. Д. Взаимосвязь антиципационной состоятельности и волевой деятельности психопатических личностей / Г. Д. Хафизова // Казан. мед. журнал. – 2008. – № 3. – С. 350–352.
19. Антонян Ю. М. Особенности сексуальной преступности / Ю. М. Антонян // Россия и соврем. мир. – 2000. – № 2. – С. 140–146.
20. Исследование лобной дисфункции у больных парафилией / А. В. Киренская, В. В. Мямлин, М. Ю. Каменская [и др.] // Рос. психиатр. журнал. – 2007. – № 6. – С. 33–40.
21. The paraphilia-related disorders: an investigation of the relevance of the concept in sexual murderers / P. Briken, N. Habermann, M. P. Kafka [et al.] // J. Forensic. Sci. – 2006. – Vol. 51, N 3. – P. 683–688.
22. Sociodemographic and diagnostic characteristics of homicidal and nonhomicidal sexual offenders / J. Koch, W. Berner, A. Hill, P. Briken // J. Forensic. Sci. – 2011. – Vol. 56, N 6. – P. 1626–1631.
23. Psychiatric disorders in single and multiple sexual murderers / A. Hill, N. Habermann, W. Berner, P. Briken // Psychopathology. – 2007. – Vol. 40, N 1. – P. 22–28.
24. White J. H. Evidence of primary, secondary, and collateral paraphilias left at serial murder and sex offender crime scenes / J. N. White // J. Forensic. Sci. – 2007. – Vol. 52, N 5. – P. 1194–1201.
25. High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics / M. Woodworth, T. Freimuth, E. L. Hutton [et al.] // Int. J. Law Psychiatry. – 2013. – Vol. 36, N 2. – P. 144–156. 90
26. Нейрофизиологические механизмы фиксированных форм аномального сексуального поведения / А. В. Киренская, А. А. Ткаченко, М. Ю. Каменская, И. Е. Лазарев // Рос. психиатр. журнал. – 2010. – № 1. – С. 53–62.
27. Ясперс К. Общая психопатология / К. Ясперс; пер. с нем. Л. О. Аюпяна. – М.: Практика, 1997. – 1053 с.
28. Шишков С. Понятия «вменяемость» и «невменяемость» в следственной, судебной и экспертной практике / С. Шишков // Законность. – 2001. – № 2. – С. 25–29.
29. Долгова С. В. Проблемы установления невменяемости лица, совершившего общественно опасное деяние / С. В. Долгова // Вестн. Балтийск. федерал. ун-та им. И. Канта. – 2007. – № 9. – С. 66–73.
30. Целінь М. Й. Обмежена осудність осіб із психопатичними розладами: юридико-психологічна характеристика: автореф. дис. ... канд. юрид. наук: 19.00.06 / Целінь Микола Йосипович; Київ. нац. ун-т внутр. справ. – К., 2007. – 17 с.
31. Bradford J. M. Can sexual offenders be treated? / J. M. Bradford, P. Fedoroff, S. Gulati // Int. J. Law Psychiatry. – 2013. – Vol. 36, N 3/4. – P. 235–240.
32. Щерба С. П. Передача лиц, страдающих психическими расстройствами, для проведения принудительного лечения в странах СНГ / С. П. Щерба, М. А. Фролова. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 238 с.
33. Котов В. П. Потенциальная общественная опасность психически больных, ее значение и принципы адекватной диагностики / В. П. Котов, М. М. Мальцева // Рос. психиатр. журнал. – 2006. – № 2. – С. 10–14.
34. Мищенко Е. В. Принудительные меры медицинского характера в уголовном судопроизводстве / Е. В. Мищенко. – М.: Юрлитинформ, 2010. – 143 с.
35. Спасенников Б. А. Принудительные меры медицинского характера в уголовном праве России / Б. А. Спасенников, С. Б. Спасенников. – М.: Юрлитинформ, 2012. – 189 с.
36. Греку В. П. Проблемные (основные) вопросы применения принудительных мер медицинского характера по российскому уголовному законодательству / В. П. Греку. – Кисловодск: Учебный центр Магистр, 2013. – 212 с.
37. Шишков С. Исполнение принудительных мер медицинского характера / С. Шишков // Законность. – 2007. – № 6. – С. 2–6.
38. Зайцев О. В. Співвідношення осудності, неосудності та обмеженої осудності / О. В. Зайцев // Держава і право: зб. наук. праць. Юрид. і політ. науки. – К., 2003. – Вип. 20. – С. 395–399.
39. Марчак В. Я. Особливості застосування примусових заходів медичного характеру до обмежено осудних осіб / В. Я. Марчак // Вісн. академ. прокуратури України. – 2007. – № 4. – С. 51–55.

**ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЯ ВОЛЕВОГО КРИТЕРИЯ «НЕВМЯЕМОСТИ» И «ОГРАНИЧЕННОЙ ВМЯЕМОСТИ» ПРИ РАССТРОЙСТВАХ РЕГУЛЯЦИИ СЕКСУАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ ПРИНУДИТЕЛЬНЫХ МЕР МЕДИЦИНСКОГО ХАРАКТЕРА ДЛЯ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫХ, СОВЕРШИВШИХ УГОЛОВНЫЕ ПРАВОНАРУШЕНИЯ НА СЕКСУАЛЬНОЙ ПОЧВЕ**

Е. А. Козерацкая

Проведен теоретический анализ научных подходов судебно-психиатрической оценки и лечения лиц, совершивших сексуальные преступления.

**Ключевые слова:** судебно-психиатрическая экспертиза, «вменяемость», «ограниченная вменяемость», «невменяемость», сексуальные преступления, расстройства сексуального влечения, принудительные меры медицинского характера

**RESEARCH OF VIOLATION OF VOLITIONAL CRITERION OF DIMINISHED «RESPONSIBILITY» AND «LIMIT RESPONSIBILITY» AT DISORDERS OF ADJUSTING OF SEXUAL BEHAVIOR AND APPLICATION OF FORCE EVENTS OF MEDICAL CHARACTER FOR MENTALLY SICK THAT ACCOMPLISHED OFFENCE ON SEXUAL SOIL**

E. Kozeratskaya

A theoretical analysis of scientific approaches forensic psychiatric assessment and treatment of persons who have committed sexual offenses.

**Key words:** forensic psychiatric examination, «responsibility», «limited responsibility», «irresponsibility», sexual offenses, compulsory medical measures.

## ТЕЗИ

Н.В. Чередніченко<sup>1</sup>, О.А. Левада<sup>2</sup>

**МАРКЕРНЕ ЗНАЧЕННЯ МОЗКОВОГО НЕЙРОТРОФІЧНОГО ФАКТОРА BDNF ПЛАЗМИ ДЛЯ ДІАГНОСТИКИ ОСНОВНИХ ЕТІОЛОГІЧНИХ ТИПІВ ЛЕГКОГО КОГНІТИВНОГО ПОРУШЕННЯ ТА ОЦІНКИ ЕФЕКТИВНОСТІ ТЕРАПІЇ**

КУ «Центральна лікарня Комунарського району», м. Запоріжжя<sup>1</sup>,  
ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»<sup>2</sup>, м. Запоріжжя

Легкі когнітивні порушення (ЛКП), як проміжна стадія між нормальним когнітивним старінням та дементуючими процесами, особливо хворобою Альцгеймера, є предметом зростаючого наукового інтересу. Наразі отримано достатню кількість доказів наявності зв'язку між зниженням експресії мозкового нейротрофічного фактора BDNF та розвитком основних типів деменцій, що свідчить про його роль у патогенезі даних захворювань, а також про можливість використовувати даний параклінічний параметр у якості маркера ефективності терапії. Кількість робіт, присвячених визначенню рівня BDNF плазми у пацієнтів з ЛКП, обмежена, що робить такі дослідження актуальними.

**Метою дослідження** було вивчення концентрації мозкового нейротрофічного фактора BDNF плазми крові у пацієнтів з основними етіологічними типами ЛКП (нейродегенеративним, НЛКП та субкортикальним судинним, ССЛКП), а також її динаміки на тлі застосування есциталопраму.

**Матеріали та методи дослідження.** У дослідження було залучено 21 хворого з НЛКП згідно з the Mild Cognitive Impairment (MCI) due to Alzheimer's Disease Workgroup criteria (2010), 22 пацієнти з ССЛКП за критеріями G.B. Frisoni et al. (2002) та 16 осіб без когнітивних порушень (БКП). Групи порівняння не відрізнялися за віком і включали осіб похилого та старечого віку. BDNF плазми визначали методом ELISA усім включеним до дослідження особам на

момент залучення, а також 10 пацієнтам з НЛКП та 10 хворим з ССЛКП через 2 місяці від початку терапії есциталопрамом у добовій дозі 10 мг. Клінічний протокол включав нейропсихологічне тестування (луріївські тести, MMSE та інші валідні підходи), психопатологічне дослідження (The Neuropsychiatric Inventory), неврологічний огляд, вивчення порушень активності у повсякденному житті (The Bristol Activities of Daily Living Scale). Всім залученим до дослідження особам проводили нейровізуалізацію для задоволення критеріїв включення/не включення.

**Результати.** Продемонстровано, що рівень BDNF плазми знижувався у групах НЛКП ((19950,67±9678,80) пг/мл) та ССЛКП ((25939,55±10410,46) пг/мл) відносно контролю ((31581,50±8092,29) пг/мл),  $P_{\text{НЛКП-БКП}} = 0,0025$ ,  $P_{\text{ССЛКП-БКП}} = 0,21$ . Зниження рівня BDNF найбільше корелювало з вираженістю порушень пам'яті ( $r=0,72$ ,  $P < 0,05$ ) та погіршенням загального бала MMSE

( $r=0,49$ ,  $P < 0,05$ ) в групі НЛКП. Застосування есциталопраму привело до підвищення рівня BDNF плазми як у групі НЛКП ((26356,00±8309,11) пг/л) так і в групі ССЛКП ((30066,00±10796,43) пг/л), що супроводжувалося достовірним покращенням показників MMSE та зменшенням виразності психопатологічних порушень переважно афективного та тривожного спектра за Neuropsychiatric Inventory.

**Висновки.** Зниження концентрації BDNF плазми крові можна застосовувати для валідації діагнозу НЛКП та ССЛКП, а її підвищення – у якості маркера терапії, що проводиться. Призначення есциталопраму при основних етіологічних типах ЛКП сприяє позитивним нейротрофічним ефектам, які реалізуються через систему синтезу BDNF, що проявляється у покращенні когнітивного статусу та зменшенні психопатологічних порушень.

А.Є. Горбань

## ДОСЛІДЖЕННЯ СТАНУ ІННОВАЦІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СФЕРІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ ЗА НАПРЯМОМ «ПСИХІАТРІЯ ТА НАРКОЛОГІЯ» У 2009 - 2013 РР.

Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи  
МОЗ України, м. Київ

Державна політика в Україні спрямована на поліпшення стану справ у сфері психіатрії та наркології. Це знайшло відображення у низці наказів МОЗ України (№ 176 від 19.03.2009 року «Про затвердження заходів МОЗ України щодо удосконалення психіатричної допомоги на 2009–2010 роки»; № 283 від 31.03.2010 року «Про затвердження заходів МОЗ України щодо вдосконалення організації медичної допомоги особам з психічними розладами на рівні первинної медико-санітарної допомоги на 2010–2012 роки»), розробці Концепції державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки. У зазначених документах МОЗ України констатує незаперечний факт, що сьогодні у нашій державі існує нагальна необхідність вдосконалення психіатричної та наркологічної допомоги. У цьому аспекті важливе місце займають процеси інформування, в тому числі фахівців, які займаються питаннями психічного здоров'я.

**Мета дослідження** – оцінка стану інноваційної діяльності за напрямом «Психіатрія та наркологія» у сфері охорони здоров'я України у 2009–2013 рр.

**Матеріали та методи дослідження.** Експерти Українського центру наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи МОЗ України (далі – Центр) проаналізували наступні основні засоби наукової комунікації: щорічні реєстри з'їздів, конгресів, симпозіумів та науково-практичних конференцій за 2009–2013 роки; матеріали проведених наукових форумів; реєстри галузевих нововведень за 2009–2013 роки; методичні рекомендації (МР), погоджені МОЗ України, та інформаційні листи (ІЛ), видані у 2009–2013 роках. Застосовано методи статистичного, структурно-логічного та кластерного аналізу.

**Результати та їх обговорення.** Впродовж 2009–2013 років було організовано та проведено 41 науковий медичний форум за напрямом «Психіатрія та наркологія», які були присвячені найактуальнішим питанням і висвітлювали інноваційні та удосконалені технології, стандарти лікування та діагностики, питання впровадження інноваційних розробок у практику сімейного лікаря, систему первинної медико-санітарної допомоги тощо. Зокрема це 2 конгреси, 5 симпозіумів, 34 науково-практичних конференції з участю вітчизняних фахівців та спеціалістів країн близького і далекого зарубіжжя. Організаторами та співорганізаторами зазначених наукових форумів були вищі медичні навчальні заклади та заклади післядипломної освіти МОЗ України, науководослідні установи МОЗ та НАМН України, профільні асоціації, наукові товариства України та інші організації.

Центром було сформовано 5 Реєстрів галузевих нововведень, до яких за напрямом «Психіатрія та наркологія» було включено 63 інноваційні пропозиції: у 2009 р. – 4, у 2010 р. – 7, у 2011 р. – 4, у 2012 р. – 23, у 2013 р. – 25.

Впродовж останніх п'яти років науковці сфери охорони здоров'я України запропонували для впровадження в практичній охороні здоров'я за напрямом «Психіатрія та наркологія» 74 засоби наукової комунікації, зокрема 45 МР, погоджених МОЗ України, та 29 ІЛ: у 2009 р. – 10 МР та 3 ІЛ; у 2010 р. – 2 МР та 3 ІЛ; у 2011 р. – 17 МР; у 2012 р. – 3 МР та 13 ІЛ; у 2013 р. – 13 МР та 10 ІЛ.

**Висновки.** Дослідження стану інноваційної діяльності у сфері охорони здоров'я України за напрямом «Психіатрія та наркологія» у 2009–2013 роках свідчить, що кількість інноваційних пропозицій з року в рік збільшувалася, активність підготовки МР та видання ІЛ поступово зростала, але не мала стійкого тренду росту.

Л.О. Герасименко

**ОСОБЛИВОСТІ СЕКСУАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ЖІНОК  
ІЗ ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Посттравматичні стресові розлади (ПТСР) є однією з найпоширеніших та найбільш несприятливих за перебігом форм психічних порушень у осіб, які пережили ситуації, що загрожували їхньому життю або життю близьких людей. Проведене комплексне дослідження дає можливість визначити індивідуально-психологічні особливості у жінок з ПТСР, стан їх особистісної та реактивної тривожності, рівень адаптації та дезадаптації. Лікувально-реабілітаційні заходи при ПСТР враховують психотерапію, психологічну корекцію, медикаментозну і немедикаментозну терапію.

Впродовж усього ХХ століття в економічно розвинутих країнах світу спостерігається стрімке зростання кількості тривожно-депресивних розладів, які є наслідком несприятливого перебігу посттравматичного стресового розладу (ПТСР). На виникнення та особливості перебігу ПТСР впливають погіршення суспільно-політичної ситуації в країні, якості життя, погіршення економічного стану населення, безробіття, розлади сексуальної поведінки, статевого життя. Питання щодо стану сімейних, міжособистісних стосунків, сексуального життя пацієнтів з ПТСР у поєднанні зі станом психічної, психологічної та сексуальної сфер практично не висвітлені в науковій літературі, що стало причиною даного дослідження.

За умов інформованої згоди обстежено 26 осіб жіночої статі, які звертались за консультативною допомогою до клінічної бази кафедри психіатрії, наркології та медичної психології ВДНЗУ «УМСА». Вік обстежених коливався від 24 до 42 років. Проведено всебічне комплексне клінічне обстеження жінок з вивченням соматичного, неврологічного, психічного статусів, а також спеціальне сексологічне обстеження. З метою вивчення стану особистісної

та реактивної тривожності застосовано методику Ч.Д. Спілбергера – Ю.Л. Ханіна. Типи сексуальної мотивації і мотиви статевого акту досліджували за В.В. Кришталем (2008), сексуальні фантазії – за класифікацією Дж. Мастерс, В. Джонсон (1998), задоволеність сексуальними стосунками оцінювали за шкалою сексуальності W.E. Snell, D.R. Papini (1989).

Встановлено, що у обстежених жінок з ПТСР переважали нефункціональні (69,56%) типи шлюбу, решта були умовно функціональними. У 95,4% жінок з ПТСР встановлено недостатність рівня загальної та сексуальної комунікації, порушення всіх компонентів спілкування: особистісного через дисгармонійні риси характеру, інформаційного – через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування, поведінкового – через неправильні форми поведінки, емоційного – через неадекватні реакції на труднощі, що зазвичай виникають у житті. Встановлення психосексуальних типів обстежених засвідчило, що у обстежених жінок з ПТСР частіше зустрічались психосексуальні типи «жінка-мати» (43,47%) та пасивно-підкорюваний варіант типу «жінка-жінка» (34,78%). Приблизно у 1/3 подружніх пар зустрічались несприятливі поєднання психосексуальних типів чоловіка та жінки.

За результатами досліджень жінок з ПТСР встановлено порушення загальної, міжособистісної та сексуальної комунікації, що відбувається внаслідок констеляції психопатологічних, патопсихологічних та негативних соціально-психологічних чинників. Отримані дані необхідно враховувати при проведенні психодіагностичних, лікувальних та психотерапевтичних заходів з метою підвищити їх якість та ефективність.

І.Г. Мудренко<sup>1</sup>, В.І. Бочаров<sup>2</sup>

**ДОСВІД ОРГАНІЗАЦІЇ РОБОТИ СУЇЦИДОЛОГІЧНОГО ЦЕНТРУ В М. СУМИ**

Сумський обласний клінічний психоневрологічний диспансер<sup>1</sup>,

КУ Сумська міська клінічна лікарня №52, м. Суми

На базі Сумської міської клінічної лікарні №5 (КУ «СМКЛ №5») в 2002 році відкрито міський суїцидологічний центр.

Структура центру включає телефон довіри та кабінет соціально-психологічної допомоги.

Основним завданням є надання спеціалізованої психіатричної, медико-психологічної та психотерапевтичної допомоги пацієнтам КУ «СМКЛ № 5» та населенню м. Суми.

У центрі проводиться облік суїцидальних спроб,

аналіз причин, розпізнавання, лікування та профілактика суїцидонебезпечних станів, медико-психологічний супровід в післясуїцидальному періоді, проведення са-носвітньої роботи серед населення.

Штат центру включає:

- Завідувач центру (лікар-психіатр) – 1,0 посада;
- Лікар-психотерапевт – 1,0 посада;
- Практичний психолог – 5,0 посад;
- Старша медична сестра – 1,0 посада;
- Медичні сестри – 1,5 посади.

В суїцидологічному центрі розташовані кабінети служби телефону довіри, лікаря-психіатра та психотерапевта, гіпнотарій.

**I ланка допомоги.** Медико-психологічна служба центру представлена «телефоном довіри», який надає заочні безкоштовні анонімні консультації з нагальних питань у кризових станах.

Найчастіше звернення за допомогою обумовлені такими чинниками як проблемні стосунки в сім'ї («чоловік – дружина», «батьки – діти», «інші родичі»), у сфері любовних та сексуальних стосунків, проблемами професійного росту, необхідністю правового та соціального захисту, психічними та соматичними захворюваннями, проблемами залежності (алкоголізм, наркоманія, ігрова залежність), самотністю молоді та людей похилого віку, особистими хвилюваннями. Є звернення, пов'язані з віросповіданням, пошуком ціннісних орієнтирів, філософськими роздумами, довідковою інформацією.

Служба працює цілодобово, у разі виявлення станів з високим ризиком суїциду пропонується звернутися до центру для психотерапевтичного лікування.

Під час консультування телефоном фахівці-психологи знімають психоемоційну напругу, проводять роз'яснювальну роботу, надають необхідну довідкову інформацію. У разі необхідності пацієнтів скеровують до юристів, працівників соціальних служб, де вони отримують допомогу в складних життєвих обставинах.

**II ланка допомоги.** Кабінет соціально-психологічної допомоги надає консультативну спеціалізовану психіатричну, медико-психологічну, лікувально-консультативну допомогу населенню м. Суми. Також психіатр консультує хворих, які поступають до відділення екстракорпоральних методів детоксикації та інтенсивної терапії і реанімації внаслідок навмисного отруєння.

Спеціалісти центру після повного психолого-психіатричного обстеження призначають, відповідно до показань, медикаментозне та немедикаментозне лікування. Застосовують різноманітні методи психотерапії (аутогенне тренування, прогресивна м'язова релаксація за Джекобсоном, релаксаційна дихальна гімнастика, раціональна психотерапія, психоаналіз, когнітивно-поведінкова терапія, гіпноустегія). З немедикаментозних методів пропонуються акупунктура та акупресура.

У разі виявлення розладів психотичного регістра хворих скеровують до обласного клінічного психоневрологічного диспансеру.

Впродовж 2008–2012 років працівники центру проконсультували 30912 осіб, з них 7514 чоловіків та 23398 жінок. Працюючих – 14553, непрацюючих – 6803, пенсіонерів – 8186, інвалідів – 1370. Всього в стаціонарі проведено 1255 консультацій.

Надано допомогу 917 хворим з проявами аутоагресії.

Проведений аналіз свідчить, що переважним методом здійснення суїцидальних спроб є отруєння медикаментами та препаратами побутової хімії. Речовини, якими найчастіше отруюються: мурашина кислота, тосол, уайт-спірит, оцет, чемериця, щуряча отрута, сурогати алкоголю, дихлоретан.

З медикаментозних засобів, які використовують при суїцидальних спробах: мідокалм, ампіцилін, барбовал, феназепам, ортофен, сонапакс, валеріана, кетанов, ізоніазід, но-шпа, мілдронат, ноотропіл, цитрамон, соннат, кеторол, темпалгін, амітриптилін, спазмалгон, еуфілін, фенігідін, корвалол, галоперидол, трифтазін, седавіт, димедрол, фталазол, карбамазепін, трамадол, цинаризин, вазодилат, адельфан, сановін, анаприлін.

Перспективними є узагальнення роботи суїцидологічної служби міста на прикладі центру, який створено на базі загальносоматичної лікарні, та передача досвіду всім, хто його потребує.

**С.И. Табачников, Е.С. Осуховская**

### **АДДИКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ (ИГРОВАЯ АДДИКЦИЯ) У ШКОЛЬНИКОВ И СТУДЕНТОВ УКРАИНЫ**

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

Одна из особенностей аддиктивного поведения (игромания, патологический гемблинг, игровая аддикция), как вариант нехимической зависимости, является актуальной проблемой в Украине и зарубежных странах, где легализован игровой бизнес. По резко возросшему уровню обращаемости пациентов-игроманов, в том числе детей и подростков, к практикующим психологам и психиатрам можно констатировать: зависимость от азартных игр стала одной из серьезных медико-социальных проблем в украинском обществе. Исследования распространенности игровой аддикции в Одесской области показали, что среди населения 4,6% страдают данной патологией, 13,0% – входят в группу риска и 24,2% – имеют опыт азартной игры. Количество патологических гемблеров во взрослой популяции зарубежных стран составля-

ет от 0,4 до 3,4%, а в некоторых регионах, особенно там, где игровой бизнес легализован, может достигать и 7%. Формируясь, как правило, в социально-активном возрасте, лудомания не только наносит вред психическому и соматическому здоровью, но и ведет к социальной дезадаптации. Формы азартных игр, предлагаемые украинцам, различны: от игры в рулетку, карты, телевизионную лотерею, ставки на лошадиных бегах до игры на мобильных телефонах, игровых приставках и компьютерах. Особое внимание обращают на себя игры в Интернете, как наименее контролируемый вид гемблинга. У 9,6% студентов вузов было обнаружено аддиктивное поведение, связанное с участием в азартных играх. У 5,72% респондентов – учащихся школ выявили игровое аддиктивное поведение, преимущественно связанное с игрой

на комп'ютері. При скрининговому дослідженні 500 учасників шкіл Києва отримані наступні дані. Відповідаючи на запитання про те, з якою метою найчастіше школярі виходять в Інтернет, 40,5% відповіли, що шукають цікаву інформацію, 35% – дивляться,

завантажують фото, відео, аудіо, 28% – користуються електронною поштою, 29% – спілкуються в соціальних мережах і 16% – грають тривалістю більше 1 години на день. Таким чином, 16% дітей входять в групу ризику захворювання на ігрову залежність.

Н.Г. Пшук, А.О. Камінська

### ЗАХОДИ ПСИХОКОРЕКЦІЇ ПРОФЕСІЙНОЇ ДЕЗАДАПТАЦІЇ ЛІКАРІВ ХІРУРГІЧНОГО ТА ТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОФІЛІВ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

До теперішнього часу проблема розвитку та специфіки проявів професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів систематично не вивчена. Тому необхідність поглиблення теоретичних уявлень щодо психологічних чинників розвитку професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів, а також розробка методичних підходів до психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики станів професійної дезадаптації та деформації особистості лікарів, що працюють в умовах тривалого та інтенсивного професійного стресу є особливо актуальними завданнями медичної психології.

**Мета дослідження** – наукове обґрунтування та розробка засад і принципів побудови системи психокорекції професійної дезадаптації у лікарів хірургічного та терапевтичного профілів.

**Матеріали та методи дослідження.** На першому етапі дослідження на основі інформованої згоди за методикою оцінки професійної дезадаптації О.Н. Родіної в адаптації М.А. Дмитрієвої (2003) було обстежено 280 лікарів хірургічного та терапевтичного профілів з метою виявлення ознак професійної дезадаптації. До подальшої участі у дослідженні було залучено 97 лікарів хірургічного профілю та 85 лікарів терапевтичного профілю з ознаками професійної дезадаптації. Респонденти були рандомізовані на дві підгрупи – групу психокорекції (ГП) – 92 особи, та контрольну групу (ГК) – 90 осіб.

**Результати та їх обговорення.** Засобами психокорекційного впливу було обрано групову психокорекцію з елементами символдрами та арт-терапії, психотренінг, балінтовські групи. За структурою система заходів психокорекції лікарів хірургічного та терапевтичного профілів складалася з трьох основних етапів: а) психодіагностичного; б) комплексної психологічної корекції; в) моніторингу психологічних змін. Кожен етап припускав різні організаційні і методичні підходи, певні цільові функції і заходи.

Результати вивчення дієвості впроваджених заходів були отримані шляхом порівняльного аналізу динаміки показників професійної дезадаптації до та після психокорекції. За методикою О.Н. Родіної за ознакою «погіршення самопочуття» в ГП до психокорекції показник становив  $(92,88 \pm 2,17)\%$  та після психокорекції –  $(20,31 \pm 5,03)\%$ , в ГК на початку дослідження  $(89,06 \pm 4,03)\%$ , через 6 місяців –  $(83,33 \pm 4,14)\%$ ; за ознакою «соматовегетативні порушення» в ГП до психокорекції  $(96,88 \pm 2,15)\%$  та після психокорекції –  $(37,50 \pm 6,05)\%$ , в ГК на початку дослідження  $(82,81 \pm 4,87)\%$ , через 6 місяців –  $(80,0 \pm 3,16)\%$ ; за ознакою «порушення циклу «сон – бадьорість» в ГП до психокорекції  $(92,19 \pm 2,12)\%$  та після психокорекції  $(23,44 \pm 6,05)\%$ , в ГК на початку дослідження  $(82,81 \pm 4,73)\%$ , через 6 місяців –  $(81,67 \pm 4,00)\%$ ; за ознакою «особливості соціальної взаємодії» в ГП до психокорекції  $(95,31 \pm 2,64)\%$  та після психокорекції  $(28,13 \pm 5,63)\%$ , в ГК на початку дослідження  $(79,69 \pm 5,19)\%$ , через 6 місяців –  $(78,33 \pm 4,32)\%$ ; за ознакою «зниження мотивації до діяльності» в ГП до психокорекції  $(96,88 \pm 2,18)\%$  та після психокорекції  $(23,44 \pm 5,30)\%$ , в ГК на початку дослідження  $(76,56 \pm 5,47)\%$ , через 6 місяців –  $(71,67 \pm 4,82)\%$ .

**Висновки.** Як видно з наведених результатів, впровадження даної системи дозволило значно зменшити прояви професійної дезадаптації у осіб психокорекційної групи, порівняно з контрольною групою, що дає підстави зробити висновок про редукцію психологічної дезадаптації у зазначеного контингенту ( $p < 0,05$ ).

Дане дослідження не вичерпує проблему професійної дезадаптації лікарів і може бути продовжено шляхом розробки комплексної програми психологічної допомоги у подоланні професійної дезадаптації, корекції існуючих і створенні нових спеціалізованих навчальних програм для лікарів з метою розвитку адаптаційних ресурсів особистості та поглиблення знань про психологічні детермінанти професійної дезадаптації.

Е.А. Хаустова, О.В. Гришина

## СУЇЦИДАЛЬНІСТЬ У ЖІНОК, ЯКІ ЗАЙМАЮТЬСЯ ПРОСТИТУЦІЄЮ

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

Попередні дослідження особливостей саморуйнівної поведінки та медико-психологічних (у тому числі психіатричних) феноменів порушення психічного здоров'я у тих жінок, які обрали своєю діяльністю надання сексуальних послуг за гроші, виявили наявність фактів самогубства та їх збільшення, що актуалізувало важливість вивчення і оцінки суїцидального ризику серед повій для подальшого проведення профілактичної роботи та надання своєчасної психологічної допомоги.

З метою вивчення та оцінки тяжкості суїцидального ризику у жінок, які займаються проституцією, було проведено дослідження з використанням «Колумбійської шкали оцінки тяжкості суїциду (C-SSRS)».

Ми обстежили 85 жінок, які надають сексуальні послуги за гроші в квартирних умовах у місті Києві, віком від 18 до 38 років, з середнім стажем заняття комерційним сексом ( $3,05 \pm 2,15$ ) роки. Середній вік початку сексуального життя був ( $16,02 \pm 2,87$ ) років, що не є тотожним віку отримання першого сексуального досвіду, бо більшість жінок розповідали про наявність сексуального насильства у дитинстві та суб'єктивно не сприймали його як початок сексуального життя. Серед них 43,0% мають вищу освіту, 57,0% – середню / середню спеціальну.

Результати дослідження виявили, що 95,2% жінок мали ідею «хочу бути мертвим або лягти спати і не прокинутися», 91,7% думали про те, щоб здійснити самогубство; міркували про спосіб самогубства але не мали конкретного плану 34,1%, наміри діяти мали 21,1% обстежених; У 40% випадків суїцидальні думки містили опрацювання способу і плану дій, жінки мали намір здійснити детально розплановане самогубство та намагалися здійснити суїцид, виконавши підготовчі дії, але 32,4% (від групи жінок, які намагалися здійснити суїцид) зупинили себе самостійно, у 11 жінок спроба самогубства була перервана зовнішніми обставинами. Підставами для скоєння суїциду 54,1% обстежених назвали бажання в рівній мірі привернути увагу і отримати відгук інших людей і припинити душевний біль, 21,2% більшою мірою бажали зупинити біль, 3,5% жінок бажали виключно привернути увагу, бо інші способи привернути увагу вважаються не настільки дієвими; 7% – прагнули лише припинити душевний біль.

Підсумкові результати вказують на високий ризик скоєння самогубств серед жінок, які займаються проституцією, та є фактором, на який необхідно звернути увагу під час складання профілактичних та психокорекційних програм для жінок цієї когорти.

К.В. Аймедов, С.В. Мерліч

## ДОСЛІДЖЕННЯ ТИПІВ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ХІРУРГІЧНЕ ВТРУЧАННЯ З ФОРМУВАННЯМ КИШКОВОЇ СТОМИ

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Під час проведення дослідження індивідуально-психологічних характеристик онкологічних хворих (311 осіб, із них 154 чоловіків, 157 жінок), які перенесли хірургічне втручання з формуванням кишкової стоми, за допомогою опитувальника ЛОБІ (Ленінградський опитувальник Бехтеревського інституту), було виявлено дисгармонійні типи ставлення до хвороби, а саме: тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний.

Гармонійного типу ставлення до хвороби в чоловічій та жіночій вибірці не спостерігалось.

Тривожний тип ставлення до хвороби мав місце у 18,8% чоловіків, 15,9% жінок; неврастенічний тип – відповідно 13,6% та 12,1%; сенситивний тип – 9,7% та 14,1%. Досить часто серед пацієнтів з онкопатологією зустрічався апатичний тип ставлення до хвороби – 12,9% чоловіків, 14,6% жінок. Іпохондричний тип спостерігався у 14,2% чоловіків та 13,3% жінок, меланхолічний тип – відповідно у 12,3% та 13,3%.

В значній кількості випадків в досліджених групах відмічався дисфоричний тип ставлення до власного захворювання – 7,7% чоловіків та 5,7% жінок. Достовірність відмінностей між групами спостерігалась в єдиному випадку – у жінок достовірно частіше зустрічався егоцентричний тип ставлення до хвороби – 7,1% на відміну від жінок, в якій даний тип був притаманним лише 1,9%.

В поодиноких випадках у групах зустрічалися анозонозичний (3,9% чоловіків, 1,2% жінок) та паранояльний (3,9% чоловіків, 2,5% жінок) типи ставлення до хвороби. Ергопатичний тип зустрічався виключно в 1,3% чоловіків.

В результаті проведення комплексу психокорекційних заходів, спрямованих на онкологічного хворого, що включав інформаційний блок, відвідування групи екзистенційного досвіду (ГЕД), РЕТ-терапію, підтримку за допомогою e-health технологій, більшість (64,5%) хворих змінили власне ставлення до хвороби на гармонійне.

Н.В. Оніщенко

## ПСИХОЛОГІЧНА ДОПОМОГА МЕШКАНЦЯМ НАСЕЛЕНИХ ПУНКТИВ, ВИЗВОЛЕНИХ В ХОДІ ПРОВЕДЕННЯ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ

Будь-яка кризова подія є досить травматичною для особистості. Особливо важкою вона виявляється у випадку екзистенціальної загрози, а саме: у випадку зіткнення зі смертю, при втраті близької людини, отриманні тяжких поранень чи каліцтв. На сьогодні такі наслідки спостерігаються психологами Державної служби України з надзвичайних ситуацій (ДСНС) у мешканців східних регіонів України – регіонів, де відбуваються військові дії.

Дослідження мешканців м. Слав'янськ, яке в липні 2014 року було визволене в ході проведення антитерористичної операції (АТО), показало, що основними ознаками кризових станів постраждалого населення є високий рівень тривоги, депресії, почуття безпорадності, апатії, суму, гніву, фізичного стомлення, зниження самооцінки тощо.

Звичайно, будь-яка загрозна ситуація викликає зміни в почуттях, поведінці й думках людини. Якщо ці трансформації підконтрольні людині – втручання психолога не потрібне. Якщо ж негативні зміни набувають тривалого характеру і виявляються поза зоною самостійного контролю – виникає необхідність у професійній психологічній допомозі. Особливої уваги це питання заслуговує в контексті надання психологічної допомоги людям, які пережили зіткнення зі смертю. Отримані нами в ході дослідження дані показали, що абсолютна більшість опитаних мешканців м. Слав'янськ (66,33%), які під час проведення АТО перебували в місті та нікуди не виїжджали, відмітили, що внаслідок пережитих подій переосмислили сенс власного життя, змінили пріоритети, побачили цінність там, де досі її не помічали. Поряд з цим, менше третини з таких мешканців міста відмітили зникнення головного вектора в своєму житті. Ними відмічалися лише безпомічність та страх повторення пережитого жахиття. Відмітимо, що саме ця категорія

постраждалих зазнала найбільш тяжких втрат внаслідок військового конфлікту: втрата житла, втрата близької людини, безпосередня загроза власної смерті або смерті близької людини. Безумовно, всі мешканці визволених населених пунктів повинні отримувати психологічний супровід, але саме перелічені маркери є обов'язковими показниками для надання таким постраждалим невідкладної психологічної допомоги.

В процесі надання психологічної допомоги мешканцям визволених населених пунктів не слід забувати і про психологічну допомогу персоналу установ або організацій, які під час проведення АТО допомагали постраждалому населенню; дуже важливою є співпраця з волонтерами та психологами громадських організацій, яким психологи ДСНС України можуть «передавати» персональні дані тих мешканців, які потребують подальшої уваги з боку фахівців. При цьому координацію та організацію роботи волонтерів слід здійснювати із залученням Центру психологічного забезпечення оперативного-рятувальної служби ДСНС України та місцевого Департаменту охорони здоров'я.

Окремо зазначимо, що система методичного та практичного забезпечення діяльності психологів в межах психологічної роботи з постраждалим населенням потребує вдосконалення. Негайного вирішення вимагають питання розробки експрес-методів діагностики ступеня психічної травматизації людини; робота психолога з постраждалими, які зазнали різних видів втрат, потребує впровадження диференціального підходу; вимагає вирішення питання реадaptaції дітей, що стали свідками війни та пережили всі її жахиття нарівні з дорослими. Крім того, вкрай актуальним сьогодні можна назвати розробку та впровадження алгоритму роботи психолога з мешканцями населених пунктів, які були визволені в ході АТО.

М.В. Маркова, Н.Ю. Касьянова

## ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ КОМПЛЕКСНОЇ СИСТЕМИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В СФЕРІ ДИТЯЧОЇ КАРДІОХІРУРГІЇ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Вроджені вади серця (ВВС) є найбільш частою вродженою аномалією, яка вражає приблизно 8 на 1000 дітей у світі (van der Linde D., Konings E.M., Slager M.A. et al., 2011). Завдяки стрімкому прогресу кардіохірургії 85% дітей з ВВС досягають повноліття (J. Sommerville, 1997). Демографічні прогнози передбачають, що пацієнтів з ВВС серед дорослих буде помітно більшати (G.D. Webb, 2001). В зв'язку з цим науковці приділять увагу дослідженню якості життя пацієнтів з ВВС та розробці ефективних методів фізичної реабілітації (Longmuir

P.E., Brothers J.A., Ferranti S.D. et al., 2013) та психосоціальної адаптації хворих (Callus E., Quadri E., Chessa M. et al., 2010; Sable C., Foster E., Uzark K. et al., 2011). Разом з тим, визначення медико-психологічних механізмів та предикторів низької якості життя маленьких пацієнтів з хірургічно корегованими ВВС та їх родин залишається малодослідженим. Розуміння механізмів формування психопатології в дитячому віці допоможе вчасно надати психологічну допомогу родині та підвищити шанси на високу якість життя дітей з ВВС в дорослому житті.

Щороку в Україні народжується 4000–5000 дітей з вродженими ВВС, у 2012 році серед 521 тисячі немовлят 4300 народилося з ВВС і майже 40% маленьких пацієнтів потребували оперативного втручання у перший місяць життя (В.В. Лазоришинець, 2012). В зв'язку з цим українські кардіохірурги вперше в світі, починаючи з 2009 року, почали застосовувати радикальні корекції складних критичних ВВС із застосуванням компонентів аутологічної пуповинної крові замість донорської у новонароджених (Емець І.М., Жовнір В.А., Федевич О.М. та ін., 2009). Дослідження віддалених результатів психічного та психомоторного розвитку дітей після імплементації нових періопераційних особливостей в загальну практику в доступних джерелах не знайдено.

Відомо, що ускладнене церебральне кровопостачання та гіпоксія може негативно вплинути на розвиток головного мозку дітей з ВВС внутрішньоутробно, а хірургічне лікування новонародженого з використанням апарату штучного кровообігу збільшує ризик ускладнень з боку центральної нервової системи та загального психофізичного розвитку (Maurer I., Latal B., Geissmann H. et al., 2011).

Залежно від типу та критичності ВВС від 15 до 50% дітей мають різні дефіцити розвитку (Herberg U., Hövels-Gürich H.Z. et al., 2012). За іншими даними відмічається, що близько 25% дітей з ВВС мають віддалені неврологічні дисфункції (Donofrio M.T., Duplessis A.J. et al., 2011; K. Watanabe, N.K. Yoshimura, K. Ibuki, 2012), труднощі у навчанні та проблеми комунікації (K.J. Griffin, T.D. Elkin, 2003; I. Holm, P.M. Fredriksen, 2007; M. Miatton, D. de Wolf, 2007), низький рівень якості життя (B. Latal, S. Helfricht, 2009; B.S. Marino, K. Uzark, 2010; J. Wray., K. Brown, 2011), погіршену увагу та гіперактивність (A.J. Shillingford, M. M. Glanzman, 2008), низький соціальний рівень домагань та емоційно-поведінкові розлади (S. Menahem, Z. Poulakis 2008; S. Larsen et al., 2010), дефіцит розуміння та відтворення мовлення (H.H. Novels-Gurich, S.B. Bauer, 2008), утруднення мнестичних процесів (K. Konrad, D. Skorzenski, 2007; P.A. Karsdorp, W. Everaerd, 2007) та розлади адаптації (D.C. Bellinger, 2008).

Численними дослідженнями підкреслюється когнітивна та моторна затримка дітей з ВВС грудного віку та відсутність проспективних досліджень щодо факторів ризику (T. Matsuzaki, M. Matsui, 2010; Snookes S.H., Gunn J.K. et al., 2010).

Більше 25 років науковці намагаються виявити періопераційні детермінанти психоневрологічного розвитку дітей з ВВС через уникнення глибокої гіпотермії кровообігу (Clarkson P.M., MacArthur B.A., Barratt-Boyes B.G. et al., 1980; Fuller S., Rajagopalan R., Jarvik G.P. et al., 2010), врегулювання газового складу крові (Bellinger D.C., Wypij D., du Plessis A.J. et al., 2001), збереження гематокриту (Wypij D., Jonas R.A., Bellinger D.C. et al., 2008), збереження жорсткого контролю глюкози (Ferranti S., Gauvreau K., Hickey P.R. et al., 2004), але так і не знаходять достовірних етіопатогенетичних причин психоневрологічної затримки розвитку.

Серед можливих стресових факторів виділяють пренатальну діагностику ВВС; в ході численних досліджень доведена гостра материнська соціальна дисфункція, психологічний дистрес, підвищена тривожність, депресія, агресія як реакції на ультрасонографічне виявлення аномалій плоду (Kaasen A., Helbig A., Malt U.F. et al., 2010; Rosenborg K.B., Monk C. et al., 2010; T. Field, 2011; J. Rychik, D.D. Donaghue, S. Levy, 2013) та посттравматичний стресовий розлад у батьків після оперативного лікування дитини (Helfricht S., Latal B., Fischer J.E. et al., 2008; Skredend M., Skari H., Malt U.F. et al., 2010; Torowicz D., Irving S.Y., Hanlon A.I. et al., 2010).

Попередні дослідження виявили, що підвищений рівень психологічного дистресу спостерігається в однієї третини матерів та в кожного п'ятого батька (N.N. Doherty et al., 2009). Матері дітей з критичними ВВС є в групі ризику психічних розладів аж до 36 місяців після пологів, що безпосередньо пов'язано зі станом здоров'я дитини (Solberg O., Gronning Dale M.T., Holmstrom H. et al., 2011).

Саме перші три роки після народження, на думку багатьох дослідників, є найкращим часом для психотерапевтичних інтервенцій з активним включенням батька до сімейного консультування (S. Lawoko, J. Soares 2006; McCusker C.G., Doherty N.N. et al., 2010). У працях вітчизняних та закордонних авторів підтверджена роль раннього досвіду в розвитку мозку немовляти і перспективний зв'язок між якістю ранніх дитячо-батьківських взаємовідносин і послідовним дозріванням регуляторних функцій (A. Bernier, M. Stephanie, I. Carlson, N. Whipple, 2010).

Важливим аспектом підвищення ефективності допомоги дітям з ВВС є зміна моделі експертного домінування фахівців над батьками та формування між ними взаємовідповідального робочого альянсу (М. Селігман, 2009; Л.Ф. Шестопалова, 2011).

На сьогодні в Україні відсутні стандарти та алгоритми надання психологічної допомоги в кардіохірургії ВВС. Однак спектр психологічних проблем у даній сфері та значимість збереження та підтримання фізичного і психічного здоров'я дитини та членів її родини, високої якості життя та можливості повноцінного функціонування, включаючи професійну адаптацію осіб, залучених до допомоги, зумовлюють актуальність досліджень з подальшою розробкою і впровадженням системи медико-психологічної допомоги в даній галузі. Враховуючи вищенаведене, авторами здійснюється робота, кінцевою метою якої є з позицій системного підходу на основі багаторівневого визначення закономірностей формування психічних та психомоторних розладів у дітей з ВВС, порушень сімейної взаємодії у родинях з такою дитиною, а також синдрому професійного вигорання осіб, залучених до догляду та лікування у дитячій кардіохірургії, розробити комплексну систему медико-психологічної допомоги даному контингенту.



М.В. Маркова, І.Р. Мухаровська

ДО АКТУАЛЬНОСТІ ПРОБЛЕМИ РОЗРОБКИ СИСТЕМИ  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ В ОНКОЛОГІЧНІЙ ПРАКТИЦІ  
НА РІЗНИХ ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків  
Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

В Україні кожного року виявляється понад 150 тисяч нових випадків злоякісних новоутворень, відмічається стійке зростання онкологічної захворюваності в середньому на 0,6% щорічно. Враховуючи високу суспільну значущість проблеми, у 2002 році Кабінет Міністрів України постановою від 29 березня 2002 р. №392 затвердив Державну програму «Онкологія» на 2002–2006 роки, виконання якої дало змогу покращити стан онкологічної допомоги хворим. Однак було зазначено, що залишається невіршеним ряд питань, серед яких – недосконалість системи психологічної, соціальної та правової підтримки онкологічних хворих та їх сімей; проблема реінтеграції у суспільство хворих, що завершили лікування, внаслідок перенесених ними фізичної та психологічної травми, побічних ефектів лікування, тривалого відсторонення від суспільного життя; незадовільне забезпечення психологами відділень, у яких лікуються онкологічні хворі.

У Проекті загальнодержавної цільової програми «Боротьба з онкологічними захворюваннями на 2007–2016 роки» до заходів включено пункти щодо розроблення програми фахової підготовки спеціалістів та волонтерів з надання психосоціальної допомоги онкологічним хворим та членам їх родин, а також підготовки психотерапевтів, психологів та соціальних працівників для роботи з онкологічними хворими та членами їх сім'ї. Вищевказане свідчить про актуальність та важливість проблеми медико-психологічної допомоги в онкології на державному рівні.

Встановлення онкологічного діагнозу для людини стає складним випробуванням та спричиняє різноманітні психологічні реакції, у ряді випадків призводить до розвитку психічних розладів. Поширеність психічних розладів серед онкологічних хворих становить від 44 до 62%.

Однак найбільшого різноманіття у онкологічних пацієнтів досягає широкий спектр психологічних реакцій та станів, асоційованих з онкологічним захворюванням. Порушення клініко-психологічної адаптації у онкологічних хворих проявляються через збільшення тривалості перебування в лікарні; дезадаптивну та аномальну поведінку, пов'язану з хворобою; зниження комплаєнсу – дотримання режиму

лікування пацієнтом; підвищений ризик суїциду; погіршення якості життя; зниження ефективності хіміотерапії внаслідок передчасного закінчення та відмови від повторних курсів; підвищення ризику рецидиву та смерті внаслідок погіршення турботи про себе; підвищення психосоціальної захворюваності в родині хворого та «ускладнене горе» серед членів родини онкологічного хворого. Тобто, стан психологічної адаптації онкологічного пацієнта представляє собою мультимісний комплекс, що включає показники особистісного та психосоціального благополуччя самого пацієнта та його близького оточення, поведінку хворого у лікувальному процесі.

Психологічному травмуванню підпадає не лише пацієнт і його близьке оточення, але і медичний персонал, який надає медичну допомогу онкологічним хворим, що відзначається як зарубіжними, так і вітчизняними авторами.

Власне особливості професійної діяльності медичних працівників, які надають допомогу хворим з онкопатологією, а саме – потреба у тісній взаємодії з пацієнтами, які перебувають у стані психологічної кризи, необхідність повідомляти «неприятливі новини» та вести діалог на напружені теми (реалії ситуації, можливості лікування, прогноз життя), формують потужний пласт медико-психологічних проблем професіоналів в онкології. Стресовість взаємодії у поєднанні з необхідністю підтримання достатнього терапевтичного контакту між пацієнтом та медичним працівником відображається на прихильності хворого до лікування та, відповідно, ефективності терапії в цілому.

Проте, незважаючи на актуальність вищевикладеного, на сьогоднішній день в науковій літературі і в реальній клінічній практиці відсутні цілеспрямовані системні дослідження проявів та закономірностей клініко-психологічної дезадаптації онкологічних пацієнтів та професійної – медичного персоналу, який надає медичну допомогу хворим з онкопатологією, на різних етапах протипухлинного лікування. Вищезазначене зумовлює актуальність і необхідність проведення такого дослідження, яке розпочате нами, що дозволить вирішити проблеми медико-психологічної допомоги в онкологічній практиці на різних рівнях та етапах лікувального процесу.

Л.Н. Юрьева\*, С.И. Вишниченко\*\*

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ  
ВОИНСКОЙ ЧАСТИ НАЦИОНАЛЬНОЙ ГВАРДИИ, ПРЕБЫВАВШИХ В ЗОНЕ  
АНТИТЕРРОРИСТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ

\*ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины», г. Днепропетровск

\*\*Центр психиатрической помощи и профессионального психофизиологического отбора  
ОМО ГУ МВД Украины, г. Днепропетровск

**Материалы и методы исследования.** Было обследовано 99 военнослужащих воинской части Национальной гвардии (офицеры, контрактники, солдаты срочной службы), которые принимали участие в охране правопорядка в г. Киеве (с декабря 2013 года по март 2014 года) и в зоне антитеррористической операции (АТО) с момента начала этой операции по настоящее время (22.08.2014).

За 9 месяцев пребывания в зоне АТО военнослужащие возвращались на базу дислокации воинской части 3 раза на 2–3 недели.

Все исследуемые были осмотрены психиатром и психологом.

Нами была разработана программа, направленная на исследование психоэмоционального состояния и социально-психологических особенностей военнослужащих, пребывавших в зоне АТО, с целью разработки психопрофилактических мероприятий для этих лиц.

**Результаты и их обсуждение.** В результате скринингового исследования было выявлено, что у 55,56% испытуемых выявлены признаки посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), подтвержденного при клиническом обследовании психиатра. Среди всех исследуемых ПТСР чаще всего регистрируется у солдат (63,64%). У офицеров и контрактников ПТСР регистрируется реже (47,06% и 44,44% соответственно).

После пребывания в зоне АТО 25% военнослужащих отмечают у себя повышенную агрессивность (солдаты – 35%, офицеры – 17%, контрактники – 11%), 12% – навязчивые воспоминания о травматических событиях в зоне конфликта и тревога за своих «побратимов» (солдаты – 18%, офицеры – 6%, контрактники – 4%), 10% – кошмарные сновидения военной тематики (офицеры и контрактники – 11%, солдаты – 9%), 7% – потребность принимать участие в экстремальных, опасных для жизни видах деятельности (солдаты – 11%, офицеры – 6%). Гораздо реже (в 2–3% случаев) военнослужащие отмечали, что после пребывания в зоне АТО у них появилась головная боль, ухудшилась память, они стали регулярно употреблять алкоголь и снотворные.

Среди всех исследуемых только 26% военнослужащих отметили, что после пребывания в зоне АТО никаких изменений в своем психоэмоциональном состоянии они не отмечают. Среди этих лиц доминируют контрактники (41%), офицеры занимают второе место (28%), солдаты – третье (18%).

**Выводы.** Полученные данные убедительно доказывают необходимость разработки дифференцированных, поэтапных программ профилактики и коррекции психической дезадаптации для военнослужащих и лиц, находящихся в зоне АТО.

О.О. Комаринська

КОГНІТИВНІ ТА АФЕКТИВНІ ПОРУШЕННЯ ПРИ ПАРАНОЇДНІЙ ШИЗОФРЕНІЇ ТА  
ШИЗОФРЕНІЇ, КОМОРБІДНІЙ ЗІ ЗЛОВЖИВАННЯМ АЛКОГОЛЕМ

Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця

**Актуальність** вивчення шизофренії, коморбідної з алкоголізмом, пов'язана з поширеністю цієї патології і особливостями, властивими хворим з комбінованим захворюванням, що відрізняють їх від пацієнтів з неускладненими формами шизофренії та зловживання алкоголем. Поширеність наркологічної патології серед пацієнтів з розладами шизофренічного спектру в кілька разів перевищує таку в популяції психічно здорових. При цьому немає єдиної думки про вплив алкогольної залежності на клініку ендогенної психічної патології, зокрема на процеси мислення та когнітивні функції.

**Мета:** Вивчити особливості когнітивних та афективних порушень у хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну зі зловживанням алкоголем, для оптимізації лікувально-реабілітаційного процесу цієї категорії пацієнтів.

**Матеріали та методи дослідження.** Опитувальники MMSE, таблиці Шульте, рахування по Крепеліну, шкала Гамільтона, батарея лобних тестів, карта анамнезу.

Було обстежено 59 осіб.

Дослідження проводилось серед чоловіків за їх добровільною згодою у трьох групах:

- хворих на шизофренію, параноїдну форму (21 пацієнт);

- хворих на шизофренію, параноїдну форму, що зловживають алкоголем (20 пацієнтів);
- пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю. С-м залежності II ст (18 пацієнтів).

Середній вік в усіх групах складав 37–39 років.

**Результати та їх обговорення.** Для визначення факту зловживання алкоголем використовувався наркологічний тест «Аудит», за яким відповідно виявлене зловживання у групі з алкоголізмом (26,6 балів) та при коморбідності (17,3 бали), тоді як у групі параноїдної шизофренії зловживання не встановлено (3,1 бали).

Згідно з таблицями Шульте у хворих алкоголізмом ефективність роботи в межах норми (52,1 с), дещо менша вона у коморбідних хворих (58,9 с). При параноїдній шизофренії тривалість виконання завдань найбільша (61,39 с). За шкалою Гамільтона ознаки депресії виявлені в групі хворих з коморбідною патологією (8 балів), та в пацієнтів з алкоголізмом (10,4 бали). У відносних величинах ознаки депресії виявлено в 50% коморбідних пацієнтів та в 66,7% хворих алкоголізмом. При цьому в коморбідних хворих переважає легка (70%) та помірна депресія (30%), а при алкогольній хворобі крім цього є випадки тяжкої депресії (16,7%), і переважають легкі депресії (66%). Методика MMSE виявляє когнітивні порушення у групі хворих з коморбідною патологією (27,7 бали), в 40% пацієнтів, тоді як при шизофренії та алкоголізмі результат тесту відповідає нижній межі норми (28,1 бали та 28,2 відповідно). Тест малювання годинника показав дещо вищі результати при алкоголізмі (8,9 бали) та шизофренії (8,8 бали), ніж в групі з коморбідною патологією (8,3 бали). Порушення лобних функцій за шкалою FAB найбільш виражене при коморбідній патології (15,3 бали), при шизофренії (15,5), і менше при алкоголізмі (16 балів). За результатами тесту рахування по Крепеліну, найкращі показники у групі пацієнтів з коморбідною патологією – за 30 секунд вони обраховують в середньому 14,71 пар чисел з найменшою кількістю помилок (2,7), в групі з алкоголізмом – 14,69 пар чисел, але з більшою кількістю помилок (3,96), відповідно гірші показники при шизофренії – 12,3 пар з найбільшою кількістю помилок (4,38).

**Висновки.**

1. Виявлені особливості когнітивних та афективних порушень у кожній з дослідних груп вказують на необхідність різних підходів до лікування хворих з параноїдною формою шизофренії, параноїдною шизофренією, що зловживають алкоголем, та пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю.
2. При шизофренії виявлена найменша ефективність роботи за таблицями Шульте, найгірші показники згідно з тестом рахування по Крепеліну, а також помірне порушення лобних функцій за шкалою FAB, тестом малювання годинника, що обумовлено протіканням основного захворювання і потребує лікування відповідно до Клінічних протоколів.
3. Серед пацієнтів з розладами психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю встановлено ознаки депресії, включаючи важку, що необхідно враховувати під час проведення протиалкогольного лікування у складі комплексної терапії.
4. Коморбідні пацієнти потребують комплексного лікування, що має максимально ефективно попереджувати не тільки загострення шизофренії, а й алкогольні процеси, а також нормалізувати соматичний стан організму. У групі параноїдної шизофренії, коморбідної зі зловживанням алкоголем, виявлено ознаки депресії за шкалою Гамільтона, що потребує крім стандартного лікування за Клінічними протоколами, використання антидепресантів. Крім того, в даній групі наявні когнітивні розлади за шкалою MMSE, а також найнижчі показники за шкалою FAB, тестом малювання годинника, що обумовлює використання ноотропних препаратів у даній категорії пацієнтів.

**М.В. Маркова, К.А. Косенко**

**МЕХАНІЗМ ВИЗНАЧЕННЯ ОБ'ЄМУ І ЗМІСТУ ЗАХОДІВ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ЖІНОК, ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ, ЗАЛЕЖНО ВІД МОДЕЛІ РОДИННОЇ ВЗАЄМОДІЇ**

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків  
Одеський обласний психоневрологічний диспансер, м. Одеса

На базі Одеського обласного психоневрологічного диспансеру протягом 2010–2014 років було комплексно обстежено 150 жінок, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), та членів їх родин. Обстежених хворих було розділено на групи залежно від моделі родинної взаємодії: основна група 1 (ОГ1) – 35 жінок з ПШ, які проживали з психічно здоровим чоловіком; основна група 2 (ОГ2) – 40 жінок з ПШ, які проживали з психічно здоровим чоловіком та дитиною (дітьми); основна група 3 (ОГ3) – 35 жінок з ПШ, що проживали із батьками (власної родини та дітей не мали); основна група 4 (ОГ4) – 40 жінок з ПШ, які проживали із дорослими психічно здоровими дітьми.

На першому етапі роботи, після нівелювання гострої психотичної симптоматики у пацієнток (20-й день проведення психофармакотерапії), здійснювали вивчення особливостей клініко-психопатологічних проявів та порівняльний аналіз соціального функціонування (СФ), якості життя (ЯЖ) і родинного функціонування (РФ) жінок з різними моделями родинної взаємодії. На другому етапі, який складався з стаціонарного та пост-стаціонарного (коли пацієнтка поверталася в родину) періодів, на основі аналізу отриманих даних проводили обґрунтування, розробку і впровадження заходів психосоціальної реабілітації, диференційованих за змістом та об'ємом залежно від моделі родинної взаємодії. На

Таблиця 1. Вплив клініко-психопатологічних проявів параноїдної шизофренії на стан родинного функціонування хворих жінок

Чинники параноїдної шизофренії		Групи обстежених			
		ОГ1, n=35	ОГ2, n=40	ОГ3, n=35	ОГ4, n=40
		Дія чинників			
Клініко-психопатологічні особливості	Виражений/значно виражений ступінь	Деформує РФ та знижує ЯЖ			
	Сполучення психопатологічних проявів, «спонукаюча дія» одних симптомів щодо інших	«Неякісне» родинне функціонування внаслідок «паралельної дії» симптомів			
	Позитивні синдроми	Емоційне охолодження відносин у родині			
	Негативні синдроми	Зниження інтересу до близьких та обмежене спілкування у відносинах			
	Загально-психопатологічні синдроми	Неадекватна поведінка в родині та соціумі, зниження ефективності амбулаторного лікування, порушення режиму прийому ліків			

заключному етапі (3 та 6 місяців від початку терапевтичної роботи) оцінювали ефективність впровадження розроблених заходів.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний аналіз, який дозволив дослідити клініко-психопатологічні особливості обстежених хворих. Клініко-психопатологічне й клініко-анамнестичне дослідження включали структуроване інтерв'ю (із вивченням спадковості, впливу контекстуальних факторів на розвиток психічного захворювання) із застосуванням Z кодів (вісь-3) МКХ-10, обстеження із застосуванням опитувальника МКХ-10 «Оціночний перелік симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F2: психогічний синдром). З метою стандартизації оцінки клініко-психопатологічної симптоматики була використана «Кваліфікаційна шкала оцінки вираженості позитивних, негативних і загальних психопатологічних синдромів» PANSS.

Психодіагностичний метод було використано для поглибленого вивчення СФ, що проводилося за допомогою Психіатричної шкали інвалідності WHO/DAS

Таблиця 2. Вплив моделі родинної взаємодії на соціальне функціонування, якість життя та ресурс сімейної підтримки жінок, хворих на параноїдну шизофренію

Групи обстежених	Рівень соціального функціонування	Якість життя	Ресурс сімейної підтримки
ОГ1, n=35	+	+	+
ОГ2, n=40	++	++	++
ОГ3, n=35	-	+/-	+/-
ОГ4, n=40	+/-	-	-

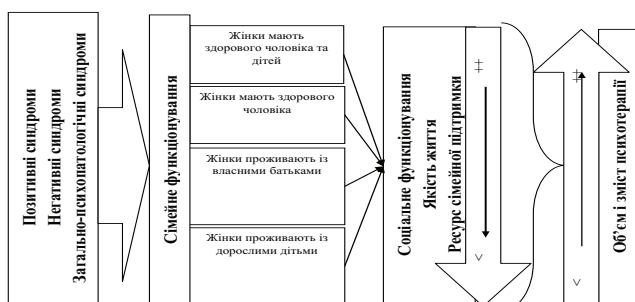


Рисунок. Механізм визначення об'єму і змісту заходів психосоціальної реабілітації, спрямованих на відновлення сімейного функціонування жінок, хворих на параноїдну шизофренію, залежно від моделі родинної взаємодії

(Disability assessment Scale), яка оцінює ступінь загальної поведінкової дисфункції (самообслуговування, інтереси та зайнятість, діяльність в сім'ї та дома, спілкування та ізоляція), виконання індивідуальних соціальних ролей (участь у сімейних справах, сімейна роль, шлюбна роль, статевая роль, роль матері, соціальні контакти, професійна роль, зацікавленість та поінформованість, поведінка у нестандартних складних ситуаціях), внутрішньолікарняне функціонування (поведінка в палаті, думка медсестер та родичів, заняття пацієнта, контакт з зовнішнім світом) та рівень дисфункції модифікуючих чинників (WHO, 1988).

ЯЖ оцінювали за допомогою однойменного опитувальника, розробленого Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon (1999), який містить 10 шкал: фізичне благополуччя, психологічне/емоційне благополуччя, самообслуговування та незалежність у діях, працездатність, міжособистісна взаємодія, соціо-емоційна підтримка, суспільна службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальна оцінка якості життя (за Н.О. Марутою, 2004).

Дослідження особливостей РФ жінок, хворих на ПШ, виконувалося за допомогою такого методичного забезпечення: «шкали структурованого інтерв'ю для ідентифікації типу родини», «шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича», методики «Оцінка ресурсу сімейної підтримки пацієнта» (В.А. Абрамов зі співавт., 2009), а також опитувальника «Тип ставлення родини до терапії психотропними препаратами» (Н.Б. Лутова, О.В. Макаревич, 2011).

В результаті аналізу й узагальнення отриманих результатів серед досліджуваних параметрів виділено ті, стан яких має загальний вплив на сімейне функціонування обстежених, незалежно від моделі родинної взаємодії (клініко-психопатологічні особливості ПШ) (табл. 1), та такі, стан яких визначається специфікою моделі родинної взаємодії (соціальне й сімейне функціонування та ЯЖ хворих жінок) (табл. 2).

Враховуючи встановлені розбіжності та причинно-наслідкові зв'язки вказаних параметрів, авторами узагальнено механізм визначення об'єму і змісту заходів психосоціальної реабілітації, спрямованих на відновлення сімейного функціонування жінок, хворих на ПШ, залежно від моделі родинної взаємодії (рисунок).