ТЕЗИ

А.М. Кушнір

СОЦІАЛЬНО-ДЕЗАДАПТУЮЧІ ЧИННИКИ, ЩО СПРИЯЮТЬ СКОЄННЮ ДЕЛІКТУ ХВОРИМИ НА ШИЗОФРЕНІЮ

ДЗ «Українська психіатрична лікарня з суворим наглядом МОЗ України», м. Дніпропетровськ
upbsn@optima.com.ua

Мета дослідження. Встановити соціально-дезадаптуючі чинники, що супроводжують реалізацію суспільно небезпечних діянь хворими на шизофренію з різними психопатологічними механізмами.

Матеріали та методи дослідження. Усього обстежено 511 хворих на шизофренію, з них 251 особа вчинили СНД проти життя особи за продуктивно-психотичним механізмом реалізації делікту (П-П МР), 127 – за негативно-особистісним (Н-О МР СНД) та 112 – за змішаним. Усі вони перебували на лікуванні у примусовому порядку в психіатричній лікарні з суворим наглядом та складають практично генеральну сукупність таких пацієнтів в Україні.

Крім загальноприйнятого клініко-психопатологічного методу, який використовували для ідентифікації МР СНД, проводили ретельний збір даних стосовно судово-психіатричних аспектів здійсненого СНД (модуль И «Карти комплексного обстеження хворого (F 20), який вчинив суспільно небезпечне діяння (СНД)»).

Результати та їх обговорення. Ми вважаємо, що додатковими відомостями при оцінці ступеня суспільної небезпеки таких хворих можуть бути дані, що характеризують соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники, поведінку в умовах застосування примусових заходів медичного характеру, а також ставлення пацієнтів до умов тримання в психіатричному закладі з суворим наглядом.

Доведено, що обстежені різняться за соціально-дезадаптуючими чинниками відповідно до певного психопатологічного механізму (за частотою ознаки у пацієнтів з різними механізмами реалізації делікту).

Для хворих з продуктивно-психотичним МР СНД (дані наведені у порядку зменшення інформативності) це: невміння відстояти себе на мікросоціальному рівні в умовах застосування примусових заходів медичного характеру (MI=0,33); відсутність прагнення мати фізичний контакт з родичем (-ами) під час відвідування їх у лікарні (MI=0,22). Серед соціально-дезадаптуючих (контекстуальних) чинників, що супроводжували даний МР СНД, виділені: проблеми, пов'язані з домашніми та економічними обставинами (Z59) (MI=0,16), первинною підтримкою оточуючих, включно з родиною (проблеми у стосунках, неадаптивна сімейна підтримка, відсутність члена родини, розпад родини) (Z63) (MI=0,12).

Для хворих із негативно-особистісним механізмом реалізації суспільно небезпечних діянь це (дані наведені у порядку зменшення інформативності): агресивність в умовах застосування примусових заходів медичного характеру (MI=0,22); проблеми, що пов'язані зі способом життя (вживання тютюну, алкоголю, наркотиків, недостатня активність, недостатнє харчування) (Z72) (MI=0,16) як соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники, а також прагнення проводити час в загальній кімнаті для денного перебування в умовах психіатричної лікарні з суворим наглядом (MI=012).

Висновки. Соціально-дезадаптуючі (контекстуальні) чинники дозволяють розмежувати ступінь суспільної небезпеки хворих на шизофренію з різними механізмами реалізації СНД, а також є, по-суті, маркерами-мішенями заходів соціальної реабілітації, що спрямовані на зниження суспільної небезпеки дослідженого контингенту.

Н.Ю. Васильєва

ОРГАНІЧНЕ УРАЖЕННЯ ГОЛОВНОГО МОЗКУ ЯК КЛІНІЧНИЙ ЧИННИК РИЗИКУ АГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ ЖІНОК

Київський міський центр судово-психіатричної експертизи, м. Київ
vi.tjushka@gmail.com

Метою нашого дослідження було вивчення впливу психічних розладів та їх клінічної структури у жінок з органічним ураженням головного мозку (ОУГМ) на формування агресивної поведінки.

Матеріал та методи дослідження. Для досягнення мети дослідження ми проаналізували 122 випадки стаціонарних судово-психіатричних експертиз, проведених на базі Київського міського центру судово-психіатричної експертизи в період 2001–2011 рр. щодо жінок, звинувачених у скоєнні суспільно-небезпечних діянь (СНД) проти життя та здоров'я особи.

Результати та їх обговорення. Серед дослідженого контингенту найбільш криміногенною виявилась група підекспертних з ознаками ОУГМ – 19 випадків (15,6%). Моноетіологічний характер захворювання встановлено у 84,2% (16 випадків), серед яких у 26,3% (5 випадків) був наявний травматичний ґенез ОУГМ, у 21,1% – судинний (4 випадки), в 15,8% (3 випадки) – раннє органічне ураження, в 10,5% (2 випадки) – епілептичний ґенез, по 5,3% (по одному випадку) – нейроінфекційний та інтоксикаційний відповідно. У 15,8% (3 випадки) ОУГМ було спричинено поєднаним впливом різних етіологічних чинників.

У структурі психічних порушень органічного ґенезу у підекспертних переважає психоорганічний синдром – 52,6% (10 випадків). Прояви астенічного синдрому були наявні в 15,7% (3 випадки) обстежених. Судомний синдром спостерігався в 10,5% (2 випадки). По одному випадку (по 5,3%) припадало на маячний, галюцинаторно-параноїдний, галюцинаторний та синдром деменції.

Проявами психоорганічного синдрому були зниження пам›яті, кмітливості, ослаблення волі, афективна лабільність, зниження працездатності та здатності до адаптації. Ступінь вираженості цих проявів дає змогу класифікувати власне психоорганічний синдром за варіантами, які, в свою чергу, є і стадіями його розвитку. Астенічний варіант психоорганічного синдрому мав місце у 70% (7 випадків), експлозивний – у 30% (3 випадки). Ейфорійний та апатичний варіанти психоорганічного синдрому не виявлені.

До чинників, які обтяжують перебіг органічного ураження головного мозку, підвищують суспільну небезпеку та вірогідність скоєння СНД, належить вживання алкоголю, в чому ми переконалися при дослідженні контингенту, що вивчався – синдром залежності від алкоголю виявлений у 10,5% (2 випадки), зловживання алкоголем – у 68,4% (13 випадків). За наявними даними, 63,2% жінок (12 випадків) на момент скоєння ними суспільно-небезпечних діянь перебували у стані алкогольного сп'яніння.

Висновки. Наведені дані підтверджують висловлене положення про те, що ОУГМ є тим клінічним чинником, який найбільше визначає ймовірність формування агресивної поведінки у жінок. Проведене дослідження виявило, що у структурі психічних порушень органічного ґенезу переважає астенічний варіант психоорганічного синдрому. Вживання алкоголю обтяжує перебіг ОУГМ, підвищує суспільну небезпеку та вірогідність скоєння СНД.

І.Д. Спіріна, С.Ф. Леонов, Т.Й. Шустерман, О.В. Широков

ОСОБЛИВОСТІ КОМПЛЕКСНОГО ПІДХОДУ ДО ЛІКУВАННЯ ПСИХІЧНО ХВОРИХ З ТУБЕРКУЛЬОЗОМ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ У ПСИХІАТРИЧНІЙ ЛІКАРНІ

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ
kpomp@yandex.ru

Сучасний погляд на патогенез захворювання в психіатрії та фтизіатрії ґрунтується на біопсихосоціальній концепції, яка розглядає коморбідні патології як сукупність взаємозумовлюючих та взаємовпливаючих факторів біологічної, клінічної, соціальної та психологічної спрямованості, спільна дія яких визначає можливість виникнення, характер перебігу і вихід туберкульозу. Так, приєднання туберкульозу до психічного розладу викликає складні психосоматичні взаємодії, результатом яких є зміна характеру перебігу обох захворювань.

Метою даної роботи є огляд особливостей комплексного підходу до лікування психічно хворих з туберкульозом, які перебувають у психіатричному стаціонарі.

Наявність коморбідної патології вимагає корекції як психотропної, так і протитуберкульозної терапії. Призначення психічно хворим, які страждають ще й на туберкульоз, середньотерапевтичних та високих доз нейролептиків призводить до розвитку імунодефіциту і вегетативного дисбалансу. Одночасно шизофренічний процес сам по собі є хронічним стресом, який призводить до активізації латентної туберкульозної інфекції.

Лікування цієї категорії хворих біологічними методами слід поєднувати з проведенням психосоціальних реабілітаційних заходів, спрямованих на пом'якшення наявного когнітивного дефіциту, формування навичок самостійного проживання, на подолання госпіталізму, зменшення фруструвальних ситуацій, пов'язаних з від-

ривом від звичного соціального середовища, підвищення трудової та соціальної реабілітації.

Потрібно брати до уваги й те, що психіатричний стаціонар є закладом закритого типу, що передбачає цілодобове спостереження і цілодобовий контакт середнього і молодшого медичного персоналу з хворими, що підвищує його роль у формуванні психотерапевтичних або ятрогенних наслідків. Бажання персоналу дистанціюватися від психічно хворих призводить до ігнорування їх потреб, вимог, та, за принципом зворотного зв'язку, формує у пацієнтів самостигматизацію. Стигматизація медичного персоналу, що обслуговує хворих, та самостигматизація негативно відображаються на міжособистісних комунікаціях, зменшують довіру хворих до персоналу, знижують їх прихильність до лікування.

Виходячи з усього вищевказаного, для досягнення успішного результату лікування слід звертати увагу не тільки на медикаментозну терапію, а й на довірчі стосунки хворих з медичним персоналом, віру в успіх лікування, зацікавленість у прийомі препаратів, уважне ставлення медичних працівників до прохань пацієнтів, можливість знайти у медичного персоналу підтримку. Для цього потрібне створення психотерапевтичного клімату в психотуберкульозних відділеннях, а саме: проведення комплексу освітніх і психокорекційних заходів з молодшим і середнім медичним персоналом, спрямованих на подолання стигматизації, явищ емоційного вигорання, підвищення освітнього рівня медичних працівників, висвітлення питань впливу характеру міжособистісних стосунків з хворими.

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

НОВІ МОЖЛИВОСТІ У ЛІКУВАННІ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОГО ТРИВОЖНОГО РОЗЛАДУ

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

Мета дослідження: визначення ефективності та безпеки стандартної дози (25 мг) антидепресанта «Агомелатин» (мелатонінергічний агоніст MT1 і MT2 та антагоніст 5-HT2c рецепторів) для лікування пацієнтів з генералізованим тривожним розладом (ГТР).

Матеріал та методи дослідження. До групи дослідження увійшли чоловіки та жінки віком від 18 до 65 років (20 пацієнтів), у яких, відповідно до критеріїв МКХ–10, було діагностовано ГТР (F 41.1). Ступінь тяжкості за шкалою CGI–S склав 4–6 балів. З метою підтвердження нозологічної належності використовували Міжнародне нейропсихіатричне міні-опитування (MINI); для відстеження динаміки лікування: шкалу Гамільтона для оцінки тривоги (HAM-A), шкалу Гамільтона для оцінки депресії (HAM-D); шкалу загального клінічного враження (CGI-S і CGI-I); для оцінки безпеки – карту реєстрації небажаних явищ і побічних ефектів. Тривалість лікування агомелатином склала 6 міс. Динаміку розладів за допомогою оцінювальних шкал реєстрували на 1-й, 7-й, 14-й, 21-й, 28-й, 56-й, 140-й та 168-й дні терапії. Підсумкові результати оцінювали за стандартними критеріями ефективності: показники «виражене поліпшення» або «поліпшення» за CGI-I; 50% зниження показників шкал HAM-A та HAM-D. При аналізі отриманих даних враховували також такі показники, як вираженість загального терапевтичного ефекту (відсутність змін за CGI-I); загальна частота побічних явищ; побічні явища, що реєструвалися найчастіше.

Результати та їх обговорення. Терапевтична дія агомелатину виявлялася досить швидко: уже наприкінці 2-го тижня терапії була відзначена редукція тривожних проявів у вигляді зменшення роздратованості і заклопотаності хворих, деякої дезактуалізації побоювань і недобрих передчуттів, поліпшенні сну. На 4-му тижні терапії пацієнти вказували на більшу здатність до релаксації, зменшення відчуттів занепокоєння, лякливості та плаксивості. Особливістю терапевтичної дії препарату була помітна редукція значної кількості вісцеровегетативних проявів тривожних розладів – полегшення дихання, зменшення напруження та болю у м'язах, зменшення або відсутність сухості в роті, пітливості та запаморочення. Пацієнти відмічали покращення працездатності за рахунок підвищення якості когнітивних функцій (уваги та пам'яті). З 56-го дня лікування терапевтичний ефект збільшувався та зберігався після завершення дослідження. Показники тривоги за шкалою тривоги Гамільтона зазнали значної редукції в процесі терапії: загальна оцінка за 4 тижні терапії скоротилася на 26,9% (показник психічної тривоги – на 29,5%, соматичної – на 24,2%).

Отже, за даними HAM-A, агомелатин є ефективним як щодо психічних, так і щодо соматичних компонентів тривоги, а позитивна динаміка є статистично достовірною вже з 28-го дня терапії ($p<0,05$). Відзначено повний вихід із хворобливого стану у 35% та значне поліпшення – у 45% пацієнтів, причому для більшості хворих із легкими проявами ГТР повний вихід зі стану було помічено у 90% випадків наприкінці лікування. Відсутність позитивних змін при терапії зареєстровано у 5%, погіршення – у 5%.

Впродовж усього терміну лікування ми відстежували побічні дії препарату, вони були зареєстровані у 3-х пацієнтів (15%). Більшість із них зафіксована на початку лікування (переважно на першому тижні); вони мали легкий ступінь вираженості, не потребували додаткової корекції або змін у терапії; у більшості випадків були транзиторними та самостійно редукувалися протягом терапії. Спектр зафіксованих побічних явищ був обмежений денною сонливістю (10%), запомороченням та головним болем (5%), нудотою (5%).

Висновки. Отримані дані підтверджують позитивні результати більш ранніх досліджень короткотривалого застосування агомелатину при ГТР, демонструючи, що цей антидепресант є ефективним та безпечним для лікування пацієнтів з тривожними розладами.

Є.М. Харченко, О.В. Чернишов

ПСИХОФАРМАКОТЕРАПІЯ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПРИ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ У ПІДЛІТКІВ

Український науково дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
stramosliab@rambler.ru

В Україні в останні роки спостерігається значна тенденція до зростання поширеності непсихотичних психічних розладів (НПР) серед осіб підліткового віку, і дана закономірність є більш достовірною, ніж зростання кількості психічних та поведінкових розладів серед підлітково-дитячої популяції загалом. Хоча офіційних статистичних даних про поширеність больового синдрому у підлітків при непсихотичних розладах немає, за різким збільшенням рівня звернень даної категорії хворих до дитячих психіатрів та медичних психологів можна констатувати, що сьогодні проблема больового синдрому при непсихотичних психічних розладах у підлітків є важливою і актуальною.

Мета дослідження. Вивчити особливості психофармакотерапії больового синдрому при непсихотичних психічних розладах у підлітків.

Матеріали та методи дослідження. Комплексне дослідження було проведено в групі підлітків, що складалася з 304 осіб (174 дівчини (57,2%) та 130 юнаків (42,8%) у віці 16–17 років), які мали подвійний діагноз згідно з критеріями включення у дослідження, яким було встановлено один із наведених діагнозів: соматоформні розлади (F 45.0), соматоформна вегетативна дисфункція серця та серцево-судинної системи (F 45.30), соматоформна вегетативна дисфункція верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (F 45.31) – група Г1; тривожно-фобічні розлади (F 40), інші тривожні розлади (F 41), панічний розлад (F 41.0) – група Г2; легкий депресивний епізод з соматичними симптомами (F 32.01) – група Г3.

Дослідженим хворим ми надавали комплексну допомогу (фармако- та психотерапія). Фармакотерапія відповідала рекомендованим клінічним протоколам надання медичної допомоги хворим з визначеною нозологією за МКХ–10 та стандартам, затвердженим Наказом МОЗ України від 05.02.2007 р. за № 59.

Для даного дослідження нами було обрано наведені нижче препарати.

Досліджувані підлітки з груп Г1, Г2 та Г3 отримували препарати першого ряду – сертралін та мелоксикам, але у різних дозах: Г1, Г2 – по 25 мг на добу, одноразовим прийомом, ввечері, разом з їжею; Г3 – 50 мг на добу, одноразовим прийомом, ввечері, разом з їжею. Курс терапії тривав 2 місяці.

У якості препарату другого ряду в групі Г2 застосовували афобазол. Це вибірковий анксіолітик, що не належить до класу агоністів бенздіазепінових рецепторів.

У якості ноотропного засобу для терапії підлітків з Г3, які мали цефалічний синдром, використовували препарат другого ряду – фенібут, у дозі 250 мг 3 рази на добу впродовж 6 тижнів.

Висновки. Запропонований єдиний комплекс фармакотерапії дозволив значно знизити рівень вираженості соматичних та психічних клінічних проявів.

О.О. Хаустова, Н.В. Коваленко

ОСОБЛИВОСТІ РОЗЛАДІВ ПСИХІКИ ТА ПОВЕДІНКИ У ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
natali-ko@ukr.net

Внутрішньо переміщені особи (ВПО) – це люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею чи покинути свої будинки та місця проживання, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини або стихійних лих / техногенних катастроф, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни.

Метою дослідження є удосконалення раньої діагностики розладів психіки та поведінки у ВПО шляхом дослідження предиспозиційних та превентивних чинників розвитку клініко-динамічних особливостей психічних порушень.

Матеріали та методи дослідження. Нами проведений пошук за ключовими словами (розлади психіки та поведінки у ВПО, біженців, при екстремальних та стресових подіях; адаптація і дезадаптація при екстремальних та стресових подіях) у пошукових системах PubMed, Cochrane library, Lancet, BMJ. За результатами пошуку було знайдено та проаналізовано 150 джерел інформації.

Результати та їх обговорення. В Україні, станом на 10 березня 2015 року збройним конфліктом охоплено близько 5,000,000 людей, з них 1,700,000 дітей. Вбито більше 6,000 чоловік, з них 63 дитини. Поранено 10,740, з них 169 дітей. Кількість зниклих безвісти невідома. Загальна кількість зареєстрованих ВПО – 1,099,600, з них 140,483 дитини. Але оскільки процес встановлення централізованої системи реєстрації досі не завершений, реальна кількість ВПО залишається невідомою і може бути значно вищою.

Значна кількість ВПО, які прибувають зі східних областей України, повідомляють, що на їх психологічний стан значно впливають стрес і перенесені ними травми. У багатьох ВПО спостерігаються пригнічений настрій, тривога, порушення сну, втома, знесилення, дратівливість, нав'язливі спогади та думкі, агресія до малознайомих людей. Батьки повідомляють про негативні зміни у поведінці дітей, зокрема про підвищення рівнів страху та агресії.

Висновки. Проблеми психічного здоров'я, з якими стикаються ВПО в Україні і загалом у світі підкреслюють необхідність вивчення більш широких питань психічного здоров'я уразливих груп населення, які постраждали внаслідок вимушеного переселення.

Т.Ю. Ільницька

ГІПЕРКІНЕТИЧНІ РОЗЛАДИ У ДОРОСЛИХ (ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ І КОМОРБІДНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ)

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

Гіперкінетичний розлад (ГКР) – розлад психіки та поведінки, що характеризується надмірною руховою активністю, розгальмованістю, порушеннями уваги, імпульсивністю і призводить до виражених порушень функціонування особи в основних сферах життя.

ГКР є досить поширеною формою розладів поведінки у дитячому віці, його поширеність, за даними різних джерел, коливається від 1,5 до 9% (Taylor [et al.], 2004, NICE, 2013). За даними Європейської дослідної мережі з розладів із дефіцитом уваги, гіперактивністю (EUNETHYDIS), поширеність проблем, що зумовлені дефіцитом уваги, гіперактивністю чи імпульсивністю, у популяції дітей шкільного віку коливається від 6 до 19%. Кількість дітей, які відповідають критеріям РДУГ згідно з DSM-IV-R, становить 3–7% (Buitelear J.K., 2002, Brandeis D., 2003). За даними УНДІ ССПН, поширеність ГКР у вибірці київських школярів перевищує 10%.

Досить тривалий час вважали, що РДУГ (ГКР) належать до розладів психіки та поведінки, притаманних виключно дитячому віку. Однак уже в 70-х роках XIX ст. почали з'являтися статті, у яких описувались симптоми ГКР у дорослій популяції. Адже цілком логічно, що в більшості випадків симптоми гіперкінетичного розладу з віком нікуди не зникають. Проте дорослі пацієнти з такими розладами рідко звертаються за допомогою до лікарів, що у більшості випадків призводить до виникнення супутніх порушень психіки та негативних соціальних наслідків. Так, серед дорослих осіб із РДУГ 79% (Barkley, 2006) мають коморбідний психіатричний розлад: 20–45% – антисоціальну поведінку, 25% – антисоціальний розлад особистості; 12% – зловживають алкоголем / наркотичними речовинами, мають афективні, тривожні, соматоформні розлади тощо.

ГКР є розладом із достатньо чітко окресленими діагностичними критеріями, але не до кінця визначеною етіопатогенетичною концептуалізацією.

У міжнародній класифікації психічних хвороб 10 перегляду (МКХ–10 – The ICD–10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines) розлади з дефіцитом уваги та гіперактивністю віднесені до рубрик F.90 (гіперкінетичні розлади) та F.84.4 (гіперкінетичні розлади, що поєднуються з розумовою відсталістю та стереотипними рухами). Таким чином, розмежовуються розлади, асоційовані із дефіцитом уваги та слабкістю вольового контролю, зумовленого моноаміновою нейротрансмітерною недостатністю в лобних відділах мозку, та розлади із первазивними порушеннями розвитку (аутичного спектра). Окрім того, в межах рубрики F.90 розрізняють F.90.0 (порушення активності та уваги) – розлад, при якому в клінічній картині домінують порушення концентраційної функції уваги та відволікальність, та F.90.1 (гіперкінетичні розлади поведінки) – розлад із дефіцитом уваги та імпульсивністю.

В DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders виділяють три підтипи гіперкінетичного розладу: переважно з порушенням уваги, переважно з гіперактивністю чи імпульсивністю та змішаний. Варто мати на увазі, що для встановлення діагнозу наявні симптоми повинні значною мірою порушувати функціонування особи у віці до 12 років і не можуть бути пояснені наявністю альтернативних психіатричних розладів (APA, 2013). В DSM-5 РДУГ та розлади аутичного спектра (РАС) віднесені до одного розділу – порушень нейророзвитку.

Також саме у DSM–5, для того, щоб врахувати дані останніх досліджень, які вказують на стабільність симптоматики РДУГ протягом всього життя, були внесені зміни щодо визначення даного стану, які враховують особливості діагностики розладу після досягнення повноліття. Оскільки з віком у осіб з ГКР прослідковуються механізми адаптації, подолання і приховування симптомів, для встановлення діагнозу варто брати до уваги проблеми з концентрацією уваги, які можуть проявлятися у труднощах на роботі і у стосунках з оточуючими (Crohol, 2013).

Симптоматика, притаманна ГКР, зокрема тяжкі порушення концентраційної функції уваги, імпульсивність, розлади поведінки з порушеннями імпульс-контролю, також характерна для ПТСР (Antshel K.M., Kaul P., Biederman J., 2013, Марценковський Д., 2013). Хворі з психічною травмою в анамнезі демонструють симптоми поведінки уникнення «боротьби або втечі», демонструють розгубленість, фобічні форми реагування у відповідь на зовнішні подразники, насильство, агресію, які нагадують симптоми ГКР, такі як відволікання, неуважність, імпульсивність, підвищена активність або дисоційована поведінка. Досі невідомо, чи психічна травма може бути причиною розвитку гіперкінетичного розладу, чи посттравматичні симптоми лише імітують його клінічну картину.

Дві гіпотези можуть допомогти пояснити взаємозв'язок між ПТСР та гіперкінетичним розладом: 1) пацієнти з гі-

перкінетичною симптоматикою мають вищу уразливість до психічної травми у зв'язку з їх імпульсивністю, схильністю до небезпечної поведінки, вони частіше потрапляють у ситуації, де можлива травматизація; 2) гіперзбудження індуковане тяжкою психічною травмою проявляється симптомами гіперпильності, імпульсивності та поганої концентрації, супроводжується ознаками, схожими на клінічні прояви гіперкінетичного розладу.

У будь-якому випадку можна стверджувати, що психічна травма та гіперкінетичний розлад поєднані значущими причинно-наслідковими зв'язками.

Мета дослідження – вивчення причинно-наслідкових зв'язків ГКР у дорослому віці та коморбідних розладів психіки.

Матеріали і методи дослідження. Було проведено скринінг 200 осіб у вибірці пацієнтів старше 18 років, які звернулися за допомогою до лікаря-психіатра і які мали проблеми із порушенням соціальної адаптації та порушення поведінки, зумовлені травматичними подіями в особистому анамнезі. Серед рандомізованих пацієнтів були переселенці з тимчасово окупованих територій, учасники бойових дій, особи в стані гострого стресу, зумовленого психотравмівними подіями в особистому житті, дорожно-транспортними пригодами, кримінальним переслідуванням за дрібні правопорушення. До дослідження не включали пацієнтів з шизофренією, біполярним афективним розладом, деменцією та розумовою відсталістю.

У ході дослідження були використані скринінгові інструменти для оцінки гіперкінетичного розладу, порушень особистості у дорослих: скринінгова шкала РДУГ для дорослих (Adult ADHD Self-Report Scale), шкала розладів, пов'язаних з дефіцитом уваги Брауна (the Brown Attention Deficit Disorder Scale), рейтингові шкали для визначення структури та тяжкості розладів зі спектра РДУГ (Barkley Adult ADHD Rating Scale – IV (BAARS-IV), оціночна шкала Коннорса для дорослих (Conners Adult ADHD Rating Scale), ADHD Rating scale, а також інструментарій для оцінки коморбідних розладів психіки, пов'язаних із травматичним досвідом (ПТСР, депресивні, тривожні розлади). Використовували структуроване клінічне діагностичне інтерв›ю – СКІД (SCID-Structured Clinical Interview for DSM) і клінічну діагностичну шкалу (CAPS-Clinical-administered PTSD Scale). СКІД включає низку діагностичних модулів (блоків питань), які забезпечують діагностику психічних розладів за критеріями DSM–IV (афективних, психотичних, тривожних, викликаних вживанням психоактивних речовин тощо). Конструкція інтерв'ю дозволяє працювати окремо з будь-яким модулем, у тому числі і з модулем ПТСР.

Результати та їх обговорення**.** За результатами скринінгу було відібрано 80 пацієнтів, у яких були наявні діагностичні критерії як ГКР, так і ПТСР, і 65 пацієнтів із гострою реакцією на стрес, у яких були підстави для подвійної діагностики ГКР та тривожного чи депресивного розладів. Було підтверджено високий рівень коморбідності симптомів спектра ГКР з симптомами ПТСР, тривожними та депресивними симптомокомплексами. Рандомізованим пацієнтам були притаманні порушення концентраційної функції уваги, відволікання, розлади поведінки з порушеннями імпульсконтролю, різкі переходи від ідеомоторної загальмованості до надмірної рухової активності, афективні симптомокомплекси, епізоди дисоціативної поведінки, фобічні форми реагування на зовнішні подразники, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, низький професійний статус, соціальна дезадаптація.

Висновки. Необхідне подальше проведення дослідження з метою вивчення причинно-наслідкових зв'язків ГКР у дорослому віці з коморбідними розладами психіки. Необхідно дослідити роль патологічних чинників: спадкових, пов'язаних з перинатальним ушкодженням головного мозку, органічним ураженням мозку внаслідок черепно-мозкової травми, пов'язаних із проблемами з групою первинної підтримки, психологічною травмою в ґенезі гіперкінетичного розладу у дорослих.

А.А. Педак

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ДЕПРИВАЦИИ СТРЕСОГЕННОЙ АКТИВНОСТИ У ЛИЦ С ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Николаевская областная психиатрическая больница №2, г. Николаев
nopb-2@ukr.net

Чрезвычайная социально-политическая и военная ситуация, сложившаяся в Украине, и её медико-социальные и психологические последствия требуют применения и внедрения интенсивных медицинских технологий с целью оказания экстренной психолого-психиатрической помощи потерпевшим. В качестве интенсивного метода психофизиологического дебрифинга посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР) предлагается техника десенсибилизации и коррекции переработки сенсорной информации методом нейросенсорной депривации стрессогенной активности – НДСА (А.А. Педак, А.А. Педак, 2014). В основу метода положены принципы техники десенсибилизации и коррекции переработки информации с помощью движения глазных яблок (ENDR), разработанной F. Shapiro (1989). В отличие от ENDR, теоретической базой НДМО послужили современные представления относительно роли и характера межполушарных отношений головного мозга в обеспечении целенаправленной психической деятельности человека, в которой, помимо зрительной, задействована и звуковая сенсорная составляющая (А.А. Педак, 2005).

Цель исследования – научное обоснование и разработка интенсивной методики оказания экстренной психотерапевтической помощи пациентам с посттравматическим стрессовым расстройством.

Материалы и методы исследования. Метод НДСА применялся в качестве дополнительного психофизиологического воздействия в отношении 20 пациентов – мужчин с ПТСР, 11 из которых являлись участниками

антитеррористической операции (АТО). Все пациенты получали адекватную психофармакологическую помощь в соответствии с утвержденными протоколами лечения. Средний возраст пациентов – 29,8 лет, с право-латеральным профилем сенсомоторной асимметрии головного мозга. В качестве технического инструмента для психосенсорного воздействия было применено звуковое устройство на базе механического метронома. Ауди- и видеовоздействие осуществлялось путём индивидуально-регулируемых частотно-латерализованных колебательных движений глазных яблок («справа налево» и «слева направо»), которые подкреплялись индивидуально подобранным уровнем билатерального звукового раздражителя (сигнала). Их частота и уровень, а соответственно и направленности зрительной и слуховой активности, подбирались индивидуально, в зависимости от латерального сенсомоторного фенотипа пациента, его индивидуальной восприимчивости к уровню и интенсивности воздействия, выраженности клинических проявлений и полярности аффективного компонента общего симптомокомплекса. Психическое состояние оценивалось в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (J.E. Cooper, 1998). Помимо клинико-психопатологического метода использовалась оценочная стандартизованная психометрическая субъективная шкала тревоги и депрессии HADS. Фиксация результатов осуществлялась ежедневно – до и после каждого сеанса НДСА, состоящего из трех пятиминутных серий воздействий, с промежутком покоя между ними 5 минут. Параллельно, до и после сеанса НДСА, осуществлялась регистрация и оценка уровня показателя выраженности право-лево-латеральной электродермальной активности (ЭДА) головного мозга пациента (А.А. Педак, 2004).

Результаты и их обсуждение. По результатам использования субъективной оценочной шкалы тревоги и депрессии HADS, проводимого до начала и в конце каждой процедуры, было отмечено, что в процессе каждого сеанса НДСА усреднённый показатель уровня тревоги пациентов имел тенденцию к достоверному динамическому снижению в среднем на (8,7±0,5) баллов, а депрессии – на (4,5±0,3) балла – от первоначальных показателей уровня тревоги – 9,8 и 11,4 балла – при депрессивных состояниях. В процессе каждого сеанса динамика клинических показателей уровня тревоги и депрессии сопровождалась снижением и уровня праволатеральных показателей КГР, с переходом праволатеральной активности – до равнозначной – право-левополушарной активности общего уровня выраженности КГР.

Выводы. Результаты проведенного практического исследования и апробации метода нейросенсорной депривации стрессогеной активности (НДСА) позволяют рассматривать его в качестве дополнительного эффективного физиотерапевтического средства в комплексном лечении больных с депрессивными и тревожными расстройствами, как в стационарных условиях, так и при использовании метода в индивидуальной практике врача-психотерапевта. Депривационный механизм формирования НДСА, как биопсихологического феномена, близок к процессам формирования гипнотических состояний, позволяющих определенным образом дезорганизовать устойчивую патологическую детерминанту в виде сформированного патологического симптомокомплекса (Г.Н. Крыжановский, 2002).

О.П. Романів, К.М. Погоріляк

ОСОБЛИВОСТІ ФОРМУВАННЯ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ В ОСІБ З ПОСТТРАВМАТИЧНИМ СТРЕСОВИМ РОЗЛАДОМ ВНАСЛІДОК БОЙОВИХ ДІЙ В ЗОНІ АТО ЗАЛЕЖНО ВІД ЇХ ІНДВІДУАЛЬНО-ТИПОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Киев
romaniv5@rambler.ru

Вступ. ПТСР (посттравматичний стресовий розлад) – це тяжкий психічний стан, який визначається як патологічне занепокоєння і виникає після індивідуального досвіду або опосередкованого переживання тяжкої травми, що являє собою загрозу для фізичної цілісності або життя людини, може виникати в результаті одиночної або повторюваної психотравмівної події. Найгострішим симптомом даного розладу є розвиток самодестуктивної поведінки і, як наслідок, високий рівень завершених суїцидів у пацієнтів з ПТСР.

Мета роботи. Працюючи з пацієнтами з діагнозом ПТСР ми мали за мету узагальнити відомості про цей стан та відмітити особливості формування саморуйнівних тенденцій залежно від соціокультурних характеристик, основних особистісних рис та фрустраційної толерантності.

Матеріали та методи дослідження. З цією метою проведено клінічне інтерв'ю 24 учасників бойових дій різного віку (від 20 до 53 років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці). Дослідження проводили з використанням індивідуального клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки тяжкості суїциду Колумбійського університету», «Місісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О.С, Хаустова Е.А)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck A.T.»

Результати та їх обговорення. Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойовий дій у зоні АТО – 25% опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР вказали на наявність суїцидальний ідей та намірів, як у період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. Відзначено чітку кореляцію рівня саморуйнівної поведінки з вираженістю ПТСР, рівнем особистісної тривожності та деперсії.

Висновки. Як показали результати дослідження, проблема саморуйнівної поведінки у пацієнтів з діагнозом ПТСР вже зараз, через порівняно короткий проміжок часу, стала неабияк відчутною, а у майбутньому сягне катастрофічних масштабів, з огляду на високий рівень суїцидів серед молодого населення, низький рівень

соціального захисту та майже відсутній адекватний психолого-психотерапевтичний супровід особи з діагнозом ПТСР. Розуміння цієї проблеми, адекватний аналіз, вивчення особливостей формування АП, і, що найголовніше, усвідомлення її допоможе пацієнтам з діагнозом ПТСР запобігти такому «виходу» з ситуації.

О.В. Радзевілова

ПСИХОЕМОЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЖІНОК ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ЩО НЕ ВПЛИНУЛИ НА ЇХ ЗДАТНІСТЬ УСВІДОМЛЮВАТИ ЗНАЧЕННЯ СВОЇХ ДІЙ ТА КЕРУВАТИ НИМИ У ПЕРІОД ВЧИНЕННЯ ЗЛОЧИНІВ ПРОТИ ОСОБИ

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

Метою дослідження є вивчення психоемоційної сфери жінок із психічними розладами, які визнані експертною комісією такими, що могли у повній мірі усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними на період вчинення злочину проти життя та здоров'я особи.

Матеріали та методи дослідження. Вибірку склали 35 актів проведення стаціонарних судово-психіатричних експертиз (із психологічним дослідженням на період проходження експертизи) та комплексних судових психолого-психіатричних експертиз стосовно жінок, які вчинили злочини проти життя та здоров'я особи (ст. 115–119, 121–128 Кримінального кодексу України). У першу групу (А) увійшли особи, у яких експертною комісією лікарів-психіатрів були встановлені психічні розлади органічного походження (органічне ураження головного мозку, в тому числі з легкими когнітивними порушеннями; психоорганічний синдром до помірно вираженого ступеня) та легка розумова відсталість (в тому числі з емоційно-вольовими порушеннями) – 20 випадків. Другу групу (Б) склали жінки, яким експертною комісією лікарів-психіатрів було встановлено діагноз: «психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин» – 15 випадків.

Інструментом дослідження стала спеціально розроблена карта обстеження, яка складалась з декількох блоків, у яких відображені соціально-демографічні показники, анамнез життя, характеристики правопорушення, дані психологічного дослідження на період проведення експертизи, характер стосунків із потерпілим. Під час дослідження також використовували якісний аналіз матеріалів провадження.

Результати та їх дослідження. Обсеженим у групі А, поряд зі змінами динаміки перебігу когнітивних процесів, були притаманні наступні характеристики: демонстративність поведінки (45,0%), емоційна лабільність (35,0%), емоційна нестійкість (55,0%), потреба домінувати в контактах (45,0%), особистісна незрілість (40,0%), схильність до збудливих форм реагування (80,0%), імпульсивність (85,0%), наполегливість у відстоюванні власної позиції (30,0%), вольова нестійкість (45,0%), поверхневість інтересів (80,0%), швидка пересичуваність діяльністю (55,0%).

У групі Б соціальна та особистісна деградація (які є характерними для осіб із адикціями) супроводжувалась більшою дратівливістю у поєднанні з нестриманістю ($P<0,05$), переважно негайним емоційним відреагуванням на стимули ($P<0,01$), захисною позицією під час проходження судової експертизи ($P<0,01$).

Також у цій групі потерпілими частіше були члени їх сім'ї та формально знайомі підекспертних (під час спільного вживання алкогольних напоїв). У матеріалах кримінального провадження в цих випадках були наявні дані щодо перебування підекспертних у стані алкогольного сп'яніння на період правопорушення. Як відомо, стан алкогольного сп'яніння змінює нормальний перебіг психофізіологічних процесів, підвищує емоційність реагування, знижує інтелектуальний контроль над поведінкою, полегшує вибір соціально несприятливих форм поведінки.

Висновки. За результатами проведеного дослідження встановлено, що у жінок із психічними розладами, які не позбавляли їх можливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, на перший план виступали зміни психоемоційної сфери. Наявні особливості емоційно-вольової сфери зазначених жінок відповідали нозологічним групам розладів, встановлених експертною комісією лікарів-психіатрів. Притаманні обом групам підекспертних риси емоційно-нестійкого кола (в тому числі схильність до відреагування назовні, дратівливість) були пусковими при формуванні насильницьких дій зі сприйманням конкретної життєвої ситуації суб'єктивно важкою, конфліктною.

И.В. Калугин

ПОЛИПРАГМАЗИЯ И ПОЛИФАРМАЦИЯ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРОНТОПСИХИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Украинский научно-исследовательский институт социальной и судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев
doct@hitline.net.ua

Актуальность. Активный рост потребления пожилыми людьми лекарственных препаратов является актуальной проблемой многих стран. В большей степени это связано с явлением полиморбидности у лиц пожилого возраста. У одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается в сред-

нем четыре – пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях. Именно явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармации (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). Кроме того, полипрагмазия и полифармация у пациентов пожилого и старческого возраста способствует резкому возрастанию вероятности развития местных и системных нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов. Явление «избыточности патологии» у пожилых пациентов способствует появлению такого феномена как фармакомания, что означает стремление пациента к употреблению различных лекарственных средств или необоснованно продолжительному приему отдельного лекарственного средства. Длительный и необоснованный прием лекарственных средств приводит к развитию синдрома зависимости и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям, что значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и увеличивает риск развития побочных эффектов.

Методы и материалы исследования. С целью определения частоты возникновения явлений полипрагмазии и полифармации у лиц пожилого возраста нами было проведено ретроспективное исследование 429 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 года и первого квартала 2014 года. Пилотное исследование длилось в течение 6 месяцев. Были проанализированы истории болезней 429 пациентов (154 мужчин и 275 женщин) в возрасте старше 65 лет.

Результаты и их обсуждение. Нами было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения основного психиатрического заболевания 62,7% пациентов (из них женщины – 66,5%, мужчины – 33,5%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 37,3% пациентов (из них женщины – 75,6%, мужчины – 24,4%) принимали от 4 и более медикаментов, назначенных врачом-психиатром. К моменту выписки из стационара по основному психиатрическому заболеванию 69,5% пациентов (из них женщины – 66,8%, мужчины – 33,2%) получали от 0 до 3 препаратов, а 30,5 % пациентов (из них женщины – 64,9%, мужчины – 35,1%) – более 4 препаратов . То есть имеет место незначительное увеличение получающих 4 и более лекарственных препаратов по основному психиатрическому заболеванию у мужчин, и существенное снижение этого показателя у женщин, сравнивая моменты поступления и выписки.

Также было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения сопутствующей патологии 69,7% пациентов (из них женщины – 61,8%, мужчины – 38,2%) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 30,3% пациентов (из них женщины – 67,7%, мужчины – 32,3%) принимали от 4 и более медикаментов. К моменту выписки из стационара для лечения сопутствующей патологии 58,7% пациентов (из них женщины – 65,1%, мужчины – 34,9%) получали от 0 до 3 препаратов, а 41,3% пациентов (из них женщины – 55,9%, мужчины – 44,1%) – более 4 препаратов. Это свидетельствуют о том, что по сопутствующему заболеванию удельный вес женщин, получающих 4 и более лекарственных препаратов, незначительно увеличился, в то время как у мужчин этот показатель существенно вырос, сравнивая моменты поступления и выписки.

Выводы. Анализ данных достоверно показывает, насколько явление полипрагмазии характерно для пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Явление полипрагмазии и полифармации у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и медицины в целом. Успешное ее разрешение позволит не только улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, но и значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшить финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

Є.М. Харченко, В.П. Культенко[1]

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ З НЕГАТИВНИМИ ЕМОЦІЙНИМИ СТАНАМИ ТА ЇХ ВПЛИВ НА ВИНИКНЕННЯ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ ОСОБИСТОСТІ

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України
Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України[1], м. Київ
kultenko.viktori@mail.ru

Мета роботи – дослідити вплив негативних емоційних станів на гендерні особливості особистості та розглянути їх взаємозв'язок з виникненням соматофорних розладів.

Матеріали та методи дослідження. Досліджувана група пацієнтів складалась з 45 чоловіків віком від 20 до 48 років та 36 жінок віком від 25 до 56 років, які звертались у лікувальний заклад. Скарги були на порушення функціонування серцево-судинної, шлунково-кишкової системи, надмірне потовиділення, а також різке підвищення тиску та температури тіла до показників вище нормальних робочих. Пацієнтам були запропоновані наступні тести та методики для діагностики і дослідження – особистісний опитувальник Бехтерівського інституту (ООБІ) для діагностики типів ставлення до хвороби і лікування у хворих з хронічними соматичними захворюваннями. Тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В. Тарабріної), для дослідження реакцій на невдачу і способи виходу із ситуацій, що перешкоджають діяльності або задоволенню потреб особистості. Методика складається із 24 схематичних контурних малюнків, на яких

зображені дві людини або більше, зайняті ще незакінченою розмовою. Ситуації, зображені на малюнках, можна поділити на дві основні групи, ситуації «перепони» та ситуації «звинувачення». Діагностика рівня алекситимії (адаптована психоневрологічним інститутом ім. В.М. Бехтерева)

Результати та їх обговорення. При плановому обстежені пацієнтів використовували опитувальник ООБІ для вимірювання індивідуального рівня типу ставлення до хвороби: гармонійний тип реагування відмічений у 3 чоловіків і 2 жінок; анозогностичний тип – у 4 чоловіків і 2 жінок; тривожний тип – у 3 чоловіків і 5 жінок; неврастенічний тип – у 4 чоловіків і 5 жінок; обсесивно-фобічний тип – у 10 чоловіків і 5 жінок; егоцентричний тип – у 3 чоловіків і 5 жінок; сенситивний тип – у 6 чоловіків і 4 жінок; ергопатичний тип – у 7 чоловіків і 4 жінок; парануяльний тип – у 5 чоловіків і 4 жінок. Основною особливістю пацієнтів з соматоформними розладами є відсутність факту усвідомлення та раціоналізації симптомів захворювання. Також були застосовані тест Розенцвейга, методика рисункової фрустрації, дорослий варіант (модифікація Н.В.Тарабріной), відповіді пацієнтів були оцінені за двома критеріями:

- за напрямком реакції (агресії): екстрапунітивні: реакція спрямована на живе оточення, засуджується зовнішня причина фрустрації (до даної групи увійшли чоловіки та жінки з тривожним типом реагування);
- інтропунітивні: реакція спрямована на самого себе (до даної групи увійшли пацієнти з егоцентричним типом реагування);
- імпунітивні: фруструюча ситуація розглядається як щось незначне або неминуче, «досяжне» з часом, звинувачення оточуючих або самого себе відсутнє (до даної групи увійшли пацієнти з гармонійним типом реагування на хворобу).
- за типом реакції: перешкодо-домінантні:
- тип реакції «з фіксацією на перешкоді» (пацієнти з анозогностичним типом реагування);
- самозахисні: тип реакції «з фіксацією на самозахисті» (схильні пацієнти з парануяльним типом реагування);
- необхідно-наполеглеві: тип реакції «з фіксацією на задоволення потреби» (характерний для ергопатичного типу особистісного реагування).

Висновки. Робота висвітлює основні аспекти та взаємозв'язок з гендерними особливостями при впливі негативних емоційних станів, що спричиняють виникнення соматофорних розладів особистості.

В.И. Пономарёв, О.Н. Сукачёва

РЕЗУЛЬТАТЫ ИЗУЧЕНИЯ УРОВНЯ СУБЪЕКТИВНОЙ КОМФОРТНОСТИ ПРИ РАЗНЫХ ВАРИАНТАХ РАССТРОЙСТВА АДАПТАЦИИ У ВОЕННОСЛУЖАЩИХ, УВОЛЕННЫХ ИЗ РЯДОВ ВООРУЖЕННЫХ СИЛ В СВЯЗИ С РЕФОРМИРОВАНИЕМ АРМИИ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
V.I.Ponomaryov@mail.ru

Дифференциальная клинико-психологическая диагностика различных вариантов адаптационного расстройства (F 43.2. по МКБ–10) в социальных группах, переживающих «стрессы социальных изменений», является актуальной задачей медицинской психологии, реализация которой позволяет в оптимальные сроки определить поливариантные стратегии терапии. Недостаток объективных знаний об уровнях субъективной комфортности у представителей военного сословия, оказавшихся за пределами привычного жизненного уклада и профессиональной деятельности, переживающих увольнение из рядов Вооруженных Сил как психотравмирующее событие и проявляющих признаки адаптационного расстройства (АР), снижает качество оказания медико-психологической помощи и делает реабилитацию пациентов указанного контингента неполной.

Основной исследовательской гипотезой явилось предположение о том, что бывшие военнослужащие, проявившие после увольнения из армии признаки различных вариантов адаптационного расстройства, различаются между собой уровнем субъективной комфортности, существенным для планирования и реализации терапевтических усилий.

Исходя из этого, **целью исследования** стало определение дифференциально-диагностических особенностей субъективной комфортности, позволяющих отграничить варианты расстройства адаптации у бывших военнослужащих, уволенных из рядов Вооруженных Сил в связи с реформированием армии.

Материалы и метод исследования. Группу исследования составили 99 военнослужащих с признаками адаптационного расстройства (АР) (F 43.2 по МКБ–10). По критериям П.В. Волошина с соавт. (2009) были выделены две подгруппы: с поведенческим (F43.24) и аффективным (F43.2; F43.22; F43.23) вариантами АР. Общим для лиц с АР был пережитый психосоциальный стресс – непланируемое увольнение из армии. Группу сравнения образовали 30 военнослужащих, уволенных из ВС, не имевших на момент исследования признаков АР. Средний возраст пациентов с АР – (38,50±2,02) лет, испытуемых без АР – (38,40±1,06) лет.

Уровень субъективной комфортности изучался с помощью Шкалы оценки субъективной комфортности (А. Леонова, 2003). Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Сравниваемые группы различались по уровню субъективной комфортности (СК). В группе военнослужащих с АР доминировали лица с пониженным и низким уровнем СК (соотносимыми с пониженным и плохим самочувствием), а в группе военнослужащих без АР – лица с высоким и приемлемым уровнями СК (соотносимыми с хорошим и нормальным самочувствием). Большинство военнослужащих без признаков АР (66,67%) име-

ли приемлемый уровень СК, у большинства военнослужащих с признаками АР (59,60%) отмечен низкий уровень СК. Различия в распределении уровней СК были отмечены и при сопоставлении в подгруппах пациентов с АР. Низкий уровень СК был отмечен у всех пациентов с аффективным вариантом АР и только у 6 (6,06%) пациентов с поведенческим вариантом АР. Из чего был сделан **вывод** о более выраженном переживании субъективного дискомфорта в подгруппе пациентов с аффективным вариантом АР. Сопоставление средних значений индекса субъективной комфортности (ИСК) в группах и подгруппах сравнения показало, что величина ИСК у военнослужащих с признаками АР была в 1,5 раза меньше, чем у военнослужащих без признаков АР, и соответствовала интервалу низких значений шкалы субъективной комфортности (<41 балла), соотносимому с плохим самочувствием. Максимально низкое значение ИСК в группе военнослужащих с АР отмечено у пациентов с аффективным вариантом АР.

Полученные в ходе исследования результаты позволили сформулировать **утверждение**, что вариабельность субъективной комфортности (ВСК) является не только оценочной характеристикой переживаемого человеком функционального состояния в данный момент времени, но и является показателем адаптивности организма. Диапазон «сниженного» и «низкого» уровней СК отражает функциональное состояние «нездоровья» и указывает на снижение адаптивности. Хорошо адаптированными могут считаться люди, чья субъективная оценка комфортности лежит в диапазоне «высокого» и (или) «приемлемого» уровней СК. Другими словами, уровень СК может отражать или комфорт или напряжение (истощение) адаптационных механизмов, снижение функциональности стресспротектирующих и стресс-лимитирующих систем.

В.И. Пономарёв, М.Е. Водка

ОЦЕНКА СУИЦИДАЛЬНОГО РИСКА У МОЛОДЫХ ЖЕНЩИН С ЛЕГКИМ ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ И ПОТЕРЕЙ ПЛОДА В АНАМНЕЗЕ, С ПРИЗНАКАМИ САМОПОВРЕЖДЕНИЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
V.I.Ponomaryov@mail.ru

Проблема ранней диагностики парасуицидальной активности у женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе актуализируется в современной медицинской науке в связи с установлением у данного контингента высокого риска суицидального поведения (Т.В. Никифорова, Е.Д. Счастный, Г.А. Михеенко, 2010). Проблема ранней диагностики парасуицидальной активности у женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе актуализируется также в связи с негативной тенденцией роста общего числа случаев угрозы прерывания беременности: 15–25% беременностей завершается самопроизвольным абортом, а диагноз «угроза прерывания беременности» ставится практически каждой второй беременной женщине (Г.Т. Сухих, Л.В. Ванько, 2003; В.И. Кулаков, Н.В. Орджоникидзе, В.Л. Тютюнник, 2004). Таким образом, раннее установление парасуицидальной активности, которая может иметь признаки самодостаточности или быть пресуицидальной, является актуальной в плане разработки тактик её ранней превенции у контингента женщин с аффективными расстройствами и потерей плода в анамнезе, что и послужило основанием для проведения настоящего исследования.

Цель исследования: оценка суицидального риска и уровня сформированности суицидальных намерений у женщин с депрессивным эпизодом и потерей плода в анамнезе, с признаками парасуицидальной активности.

Материал лы и методы исследования. В исследование были включены 22 женщины с потерей плода в анамнезе, имеющие на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений. Контрольную группу составили 30 женщин с потерей плода в анамнезе без признаков аффективного расстройства и самоповреждений. Средний возраст пациенток основной группы был (28,9±4,6), средний возраст пациенток группы контроля составил (28,4±5,6) (p>0,05).

Методы исследования: клинический (клинико-психопатологический), психодиагностический, статистический. Основным психодиагностическим инструментом являлся Опросник суицидального риска (ОСР) (модификация Т.Н. Разуваевой, 1993), позволяющий выявлять уровень сформированности суицидальных намерений. При «выравнивании» пунктов тестовых субшкал ОСР применялся метод перевода «сырых» баллов в проценты.

Результаты и их обсуждение. У всех пациенток с легким депрессивным эпизодом (F32.0) интегральный тестовый показатель ОСР не превышал 20 баллов или 49,0% . Такой показатель характеризовал их как лиц со слабо выраженной тенденцией к демонстративности (Д=20,0%), умеренно выраженной тенденцией к аффективности (А=50,0%), сниженной тенденцией к уникальности (У=40,0%), умеренно выраженной тенденцией к социальному пессимизму (СП=57,0%), сниженной тенденцией к невозможности временной перспективы (ВП=33,0%). Величина Шкалы «Несостоятельность» (Н=100,0%) указывала на то, что у всех пациенток с F32.0 имела место выраженная отрицательная концепция собственной личности. В такой концепции доминируют представления о своей несостоятельности, некомпетентности, ненужности, «выключенности» из мира. Данная особенность связывается с представлениями о физической, интеллектуальной, моральной и прочей несостоятельностью. Несостоятельность выражает интрапунитивный радикал. Формула внешнего монолога – «Я плохая». Также у всех пациенток отмечены максимальные значения

по шкале «Максимализм» (М=100,0%), что указывало на выраженный инфантильный максимализм ценностных установок. Это означало распространение на все сферы жизни содержания локального конфликта в какой-то одной жизненной сфере, невозможность компенсации, аффективную фиксацию на неудачах.

По результатам исследования был сделан **вывод** о наличии умеренно выраженного уровня сформированности суицидальных намерений у женщин с потерей плода в анамнезе, имеющих на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений. Установленная в группе умеренная выраженность антисуицидального фактора (АФ=50,0%) не снимает глобального суицидального риска у испытуемых. Величина АФ=50,0% указывает на отсутствие глубокого понимания чувства ответственности за близких, чувства долга, представления о греховности самоубийства, антиэстетичности его, боязнь боли и физических страданий.

Также был сделан вывод о наличии умеренно выраженного суицидального риска у женщин с потерей плода в анамнезе, имеющих на момент исследования признаки легкого депрессивного эпизода (F32.0) и неслучайных самоповреждений.

В.И. Пономарёв, Е.П. Архипенко

ОСОБЕННОСТИ СЕКСУАЛЬНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ЖЕНЩИН С АССОЦИИРОВАННЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ ПОЛОВОЙ РОЛИ И ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ АЛКОГОЛЯ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
V.I.Ponomaryov@mail.ru

Ненормативные исходы сексуального (соматосексуального и психосексуального) развития могут не только обуславливать развитие алкогольной аддикции, но и поддерживать высокий уровень её рецидивности у лиц со сформированным неадаптивным полоролевым паттерном. В литературе отсутствуют достоверные данные об особенностях сексуального дизонтогенеза у молодых женщин с ассоциированной зависимостью от алкоголя и расстройствами половой роли, что делает традиционную медико-психологическую диагностику таких пациентов неполной, а превенцию и терапию – недостаточными.

Цель работы – изучение особенностей сексуального дизонтогенеза у женщин с ассоциироваными расстройствами половой роли нетранссексуального типа и зависимостью от алкоголя.

Материал и методы исследования. В исследовании приняли участие 67 женщин с сочетанной зависимостью от алкоголя и расстройствами половой роли (РПР) (F10.20, F64.9 по критериям МКБ–10), находившихся на лечении в КУОЗ «ХОКПБ №3» и КУОЗ «ХОКНБ» в 2012–2014 гг. По унифицированным критериям МКБ–10 были выделены две группы сравнения: первую составили 38 (56,72%) пациенток с РПР в форме трансформации полоролевого поведения (ТПРП) (F10.20, F64.9), вторая объединила 29 (43,28%) женщин с РПР в форме гиперролевого поведения (ГРП) (F10.20, F64.9). Тридцать здоровых женщин без зависимости от алкоголя и РПР образовали контрольную группу. Все обследованные были жительницами г. Харькова и Харьковской области. Средний возраст пациенток – (31,50±2,02) лет, здоровых испытуемых – (30,00±1,06) лет.

Методы исследования: клинико-психопатологический (основной), психодиагностический, методы математической статистики. В качестве основного исследовательского инструмента использовалась Шкала сексуального дизонтогенеза (С.Н. Матевосян, Г.Е. Введенский, 2003, 2012). Статистическую обработку полученных данных осуществляли при помощи пакетов прикладных программ Statistica 6.0.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у всех женщин контрольной группы по критериям Шкалы сексуального дизонтогенеза, сексуальное развитие характеризовалось как гармоничное (нормативное, своевременное, синхронизированное), тогда как у всех женщин, зависимых от алкоголя, с РПР – как негармоничное (нарушенное). У большинства пациенток с ТПРП (84,21%) было установлено опережение психосексуального развития, на что указывали следующие критерии дизонтогенеза: оволосение лобка до 11 лет, ранняя допубертатная мастурбация с психическим оргазмом, ранняя сексуализация поведения (до 7 лет), раннее (до 12 лет) начало половой жизни с нормативных сексуальных контактов, опережение сексуальной фазой либидо других фаз, редукция платонической и эротической фазы либидо. У части пациенток с ТПРП (15,79%) опережение психосексуального развития сочеталось с опережением соматосексуального развития. На последнее указывало наличие у них бисексуальной морфоконституции, менархе до 12 лет, рост груди до 10 лет. У большинства пациенток с ГРП (93,10%) напротив, была установлена задержка психосексуального развития, на что указывали следующие критерии дизонтогенеза: отсутствие любопытства, направленного на половые признаки до 7 лет, отсутствие периода проявления межполового негативизма (дистинкции), гипертрофия платонической фазы развития либидо, редукция, а у части и отсутствие эротической и сексуальной фаз либидо. У 6,90% пациенток с ГРП задержка психосексуального развития сочеталась с задержкой соматосексуального развития. На последнее указывали: диспластичная морфоконституция (инфантильная), менархе после 15 лет, рост груди после 13 лет, оволосение лобка после 15 лет.

После обобщения полученных в ходе исследования данных был сделан **вывод** о том, что наличие нарушенного сексуального развития у женщин-аддиктов может быть рассмотрен как коморбидизирующий фактор при формировании ассоциированных расстройств половой роли нетранссексуального типа (протекающих при правильном половом самосознании) и алкогольной аддикции.

В.И. Вовк, Ж.И. Матвиенко[1], М.Е. Черненко[2]

КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ АДАПТАЦИИ У БОЛЬНЫХ ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина, г. Харьков
Броварская центральная районная больница, г. Бровары, Киевская обл.[1]
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» г. Харьков[2]
odin9@mail.ru

Вопросы психических расстройств у ВИЧ-инфицированных лиц в настоящий момент остаются актуальными, что связано как с изменчивостью клинической картины вируса, так и с тенденцией к полиморфизму расстройств психической сферы. Психические нарушения у больных ВИЧ-инфекцией во многом зависят от стадии инфекционного процесса. Например, на начальных этапах, следующих за установлением диагноза, расстройства носят преимущественно психогенный характер и при этом во многом зависят от индивидуальных личностных особенностей и условий адаптации. На более поздних стадиях авторами выделяются 3 основных типа нарушений деятельности психической сферы: 1) прогрессирующее снижение когнитивной и интеллектуальной деятельности (в виде психоорганического синдрома); 2) нарушение эмоциональной сферы с выраженным тревожным компонентом и снижением качества жизни; 3) наиболее адекватная приспособляемость к своему состоянию, длительно сохраняющаяся активность и т.д.

Цель работы: изучить особенности нарушений адаптации у больных ВИЧ-инфекцией и эффективность их коррекции.

Результаты и их обсуждение. Было обследовано 66 человек с ранними стадиями ВИЧ-инфекции, и 38 человек с поздними стадиями ВИЧ. Патохарактерологические изменения, обусловленные патологической адаптацией к факту инфицирования, наблюдались на ранних стадиях у 71,21% больных и на поздних стадиях у 47,37% больных. Структура личности ВИЧ-инфицированных больных характеризовалась значительной тяжестью патопсихологической симптоматики на момент обследования, дисгармоничностью личностных черт и эмоционального состояния пациентов как на ранних, так на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Таким образом, на ранних стадиях ВИЧ нарушения адаптации встречались значительно чаще. Был разработан и предложен комплекс коррекции расстройств психической деятельности (в том числе адаптационного спектра) у данного контингента пациентов, в котором большой удельный вес составляла психотерапия, что позволило улучшить их психическое состояние и достичь эффективной адаптации у 71,15% пациентов. Проведенное катамнестическое исследование через 1 год показало сохранение положительных результатов терапии у 58,65% больных.

Выводы. Таким образом, доказана эффективность психокоррекционных мероприятий при адаптационных нарушениях у больных ВИЧ-инфекцией на ранних и поздних стадиях процесса.

Н.А. Дзеружинская, В.А. Ломтева

ВАРИАЦИИ САМОСТИГМАТИЗАЦИИ И ИХ ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца
ТМО «Психиатрия», г. Киев
torydoct@yandex.ru

Несмотря на рост научного и культурного развития населения, в обществе по-прежнему сохраняется предвзятое, негативное отношение к психически больным. Лица, страдающие психическим расстройством, воспринимаются как неполноценные и потенциально-опасные, требующие общественного надзора. В процессе формирования общественного и индивидуально-личностного мнения индивида о психическом расстройстве особое место занимает феномен самостигматизации, существенно влияющий на степень адаптации больных. Самостигматизация представляет собой серию запретов, связанных с социальной активностью, которые психически больные накладывают на собственную жизнь, с чувством неполноценности и социальной несостоятельности (B.G. Link, E.L. Struening, M. Rahav).

Задачей проводимого исследования являлось изучение типологии самостигматизации больных шизофренией с учётом их гендерных различий.

Материалы и методы исследования. Обследовано 103 больных с диагнозом шизофрения, параноидная (63 мужчин и 40 женщин), находившихся на лечении в ТМО «Психиатрия» в г. Киеве. Клиническая диагностика шизофрении проводилась согласно критериям систематики эндогенных психических расстройств в соответствии с МКБ–10. Для изучения самостигматизации больных шизофренией использовался опросник самостигматизации, разработанный сотрудниками отдела систем поддержки психического здоровья НЦПЗ РАМН (И.И. Михайлова, С.Н. Еникополов, В.С. Ястребов). Для определения вариаций самостигматизации был проведен факторный

анализ первичных статистических данных (с помощью программы SPSS 20) с последующим использованием максимальной правдоподобности (maximum likelihood) и варимакс – оборотом.

Результаты и их обсуждение. С помощью проведенного анализа выделено 4 вариации, которые составили 45% общей дисперсии у мужчин, 48% – у женщин и 44% – у общей группы (мужчины и женщины вместе). 1 вариация – социопатическая форма самостигматизации – характеризовалась гипернозогнозическим отношением человека к своему заболеванию и стремлением к использованию факта наличия болезни для обоснования особенностей своего пассивного поведения и постоянного стремления к получению соответствующей поддержки со стороны. 2 вариация самостигматизации – анозогностическая форма – отрицание психического расстройства у себя с признанием социальной неполноценности лиц с психическим расстройством. 3 вариация самостигматизации – социоперсекуторная форма – при которой больной считает, что все окружающие его люди (как в семье, так и в других микросоциумах) замечают его несоответствие «общепринятым стандартам личности», что неизменно приводит к появлению негативного отношения последних к самому больному. 4 вариация – смешанная – больной частично связывает свои проблемы с влиянием болезни и частично с отрицательным мнением общества.

Структура форм самостигматизации представлена следующим образом: социопатическая форма – 12%, смешанная форма – 11%, анозогностическая – 11%, социоперсекуторная – 10%. В зависимости от пола, она выглядит так: у мужчин преобладали социопатическая (13%) и анозогностическая (12%) формы, а у женщин: социопатическая (17%) и социоперсекуторная (15%).

Выводы. Большая часть больных, страдающих параноидной шизофренией, переживает наличие у себя психического расстройства, объясняет им своё пассивное поведение. Выявлены гендерные различия в восприятии самостигматизации: у мужчин происходит отрицание болезни у себя при негативной оценке возможностей психически больных, женщины же признают наличие психического расстройства у себя и связывают с этим негативное отношение окружающих. Данные различия должны быть учтены в разработке реабилитационных программ для больных с параноидной шизофренией.

К.А. Чайковська

ДІАГНОСТИКА ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У КИЄВІ: НАЯВНА СИТУАЦІЯ ТА ШЛЯХИ ЇЇ ПОКРАЩЕННЯ

Київський міський психоневрологічний диспансер №5, м. Київ
komare@ukr.net

На сьогодні спостерігається стійка тенденція до зростання поширеності депресивних розладів та асоційованих з ними станів обмеженої працездатності в усьому світі, що створює значний тягар для глобальної системи охорони здоров'я. В Україні політична та економічна ситуація впродовж останніх років дозволяє припустити зростання рівня захворюваності на депресивні розлади. Метою даного дослідження стало визначення рівня діагностики депресивних розладів в КМПНД №5 (Солом'янського району м. Києва) протягом 2012 – 2014 років. Для дослідження використані дані відділу медичної статистики ПНД. Встановлено щорічне зростання кількості хворих з депресивними розладами, які перебувають на обліку у КМПНД №5, що відповідає світовим тенденціям, проте їх кількість не відповідає їх поширеності в популяції і залишається доволі низькою. Пропонується перелік заходів для покращення менеджменту депресивних розладів у місті Києві.

За даними ВООЗ, понад 350 млн людей різних вікових груп в усьому світі страждають на депресивні розлади. Незважаючи на числені програми з профілактики та існування ефективних методів лікування, спостерігається стійка тенденція до зростання поширеності депресивних розладів, асоційованих з ними станів обмеженої працездатності, що створює значний тягар для глобальної системи охорони здоров'я. За даними епідеміологічних досліджень, проведених під егідою ВООЗ, які були побудовані на безвибірковому обстеженні пацієнтів загальномедичної мережі у 14 країнах світу, середній рівень поширеності депресії за останнє десятиріччя XX ст., порівняно із 60-ми роками, зріс з 0,6 до 10,4%, тобто загальна кількість хворих на депресивні розлади збільшилась у 17 разів [5].

Такі статистичні дані можуть свідчити як про підвищення частоти захворюваності на депресію, так і про покращення діагностики, зокрема лікарями первинної ланки охорони здоров'я. Проте рівень діагностики депресивних розладів залишається недостатнім, труднощі викликають рання діагностика, диференційна діагностика рекурентної та біполярної депресії, діагностика циклотимії, дистимії, змішаних афективних станів, оцінювання фази депресивного епізоду, якості ремісій. Навіть у країнах із розвинутими психіатричними службами понад 50% пацієнтів із депресією звертаються за медичною допомогою несвоєчасно, у 25 – 30% з них помилково діагностують соматичне чи неврологічне захворювання. Адекватне лікування отримує не більше 10 – 15% хворих на депресію, з яких спеціалізована психіатрична допомога надається лише 0,3% пацієнтів [2, 3].

У Києві діагностування депресивних розладів з 1960 по 1997 рік зросло з 4,5 до 11,5 на 10 000 населення [3]. За даними міжнародних досліджень, 15 – 20% хворих на депресію закінчують життя самогубством, серед усіх суїцидентів частка осіб, хворих на депресію, складає 67% у Франції, 47% в Іспанії, 36% в США та 35% у Швеції [4]. Наявність суспільно-політичної кризи дозволяє припустити зростання кількості депресивних розладів, асоційованих з ними депресій та суїцидів в Україні.

При організації менеджменту депресивних розладів слід враховувати: більшу поширеність депресій серед жінок, по-

рівняно із чоловіками; тенденцію до зростання тяжкості та тривалості депресивних розладів з віком (у віці від 15 до 44 років депресії є другим за кількістю років життя, втрачених в результаті непрацездатності, захворюванням); значне зниження якості життя пацієнтів із депресією (рекурентні та біполярні депресії зумовлюють повну або часткову втрату працездатності, коморбідні депресії значно підвищують рівень інвалідизації при неврологічних та соматичних захворюваннях); високий ризик суїцидальної та залежної від алкоголю та психоактивних речовин поведінки.

На базі КМПНД №5 (Солом'янського району м. Києва) було проведено дослідження, метою якого стало визначення рівня діагностики депресивних розладів протягом 2012 – 2014 років. Для дослідження використані дані відділу медичної статистики ПНД.

Загальна кількість хворих, які перебувають на обліку, на час дослідження становила 4593 чоловік, в тому числі з біполярним розладом 102 пацієнти. У 2102 біполярна депресія була діагностована у 4, в 2013 – у 4, в 2014 – у 5 пацієнтів. З рекурентним депресивним розладом на обліку перебуває 228 пацієнтів. У 2012 на облік взято 5 пацієнтів, у 2013 – 8, у 2014 – 7. З епізодом депресії без визначення особливостей перебігу афективного розладу на облік взято 91 хворого: у 2013. – 7, у 2014 – 9. У 2012 році випадків діагностики розладів F 32 – F 32.9 не встановлено. Зростання кількості пацієнтів, взятих на облік через депресивні розлади протягом 3 останніх років, представлено в таблиці та на рисунку.

Таблиця. Динаміка діагностики депресивних розладів в Києві протягом 2012 – 2014 років.

Діагноз за МКХ-10	Всього	2012	2013	2014
Біполярний афективний розлад	10	4	4	5
Депресивний епізод	91	0	7	9
Рекурентний депресивний епізод	228	5	8	7

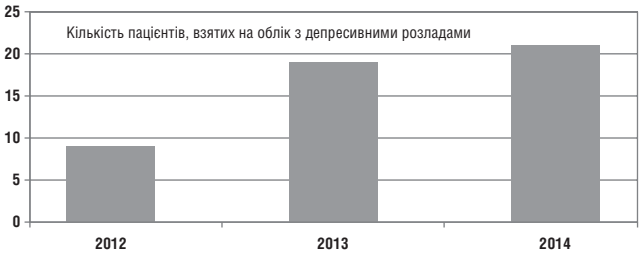

Рисунок. Динаміка діагностики депресивних розладів в Києві протягом 2012 – 2014 років

Протягом трьох останніх років спостерігається тенденція до зростання кількості хворих з депресивними розладами, які перебувають на обліку у КМПНД №5. Динаміка взяття на облік хворих з депресіями відповідає загальносвітовим тенденціям, проте кількість діагностованих розладів не відповідає їх поширеності в популяції і залишається доволі низькою.

Обговорюється необхідність низки заходів, які дозволять поліпшити менеджмент депресивних розладів в Києві: проведення психоосвітньої роботи на макросоціальному рівні (інформування населення про ознаки депресій та небезпеку несвоєчасного звернення до медичних закладів); підвищення компетентності лікарів первинної ланки системи охорони здоров'я (сімейних лікарів, терапевтів) щодо симптомів депресивних розладів, набуття ними навичок скринінгу депресій, їх діагностики та надання допомоги в межах повноважень, передбачених уніфікованим клінічним протоколом МОЗ України; дестигматизація та деінституалізація спеціалізованої психіатричної допомоги.

Висновки. Рання діагностика депресивних розладів не тільки покращує медичний прогноз і ефективність лікувальних заходів, а і дозволяє зменшити ризик втрати працездатності та знизити навантаження на систему охорони здоров'я та економіку країни в нелегкий для неї час.

Dr. Norbert Skokauskas MD, PhD, Professor in child and adolescent psychiatry

AUTISM SPECTRUM DISORDER

Centre for child and youth mental health and child protection,
Faculty of Medicine, NTNU, Trondheim, Norway

Autism spectrum disorder (ASD) is a life-long neurodevelopmental disorder previously characterized as a triad of symptoms (American Psychiatric Association 2000) and now as dyad, comprising social communication difficulties and repetitive, stereotyped behavior (American Psychiatric Association 2013). A recent review of global prevalence of autism spectrum disorders (ASD) reported a median of 62 cases per 10000 and did not support differences in prevalence by geographic region nor of a strong impact of ethnic/cultural or socioeconomic factors (Elsabbagh, Divan et al. 2012)

In the past there was a tendency to attribute all psychiatric and behaviors problems in persons with autism to autism itself (Lainhart J.E. 1999). Possible reasons were that the diagnosis of ASD encompasses such a severe and comprehensive label that secondary, tertiary or subsequently appearing psychiatric problems were not viewed as pivotal (Bolte S. 2005). However, more recently an increasing number of studies has argued for accepting behaviours and symptoms that had been considered additional or associated features of ASDs as potentially indicating the presence of co-morbidities warranting additional diagnosis (Skokauskas and Gallagher 2010). For example, Simonoff et al. in a population based sample of 10- to 14-year old children found that 71% of children with ASD met criteria for least one current psychiatric disorder, 41% had two or more, and 24% had three or more diagnoses. Interestingly even some diagnostics concepts have changed recently: up until 2013 Diagnostic and Statistical Manual of Mental IV-TR recognized that over activity and inattention were frequent in ASD, but a diagnosis of ADHD not made if autistic disorder was present (American Psychiatric Association 2000). Now, autism is no longer an exclusion and both autism and ADHD can be diagnosed together (American Psychiatric Association 2013).