

ТРИТТИКО

тразодона гидрохлорид 75 мг, 150 мг

МУЛЬТИМОДАЛЬНЫЙ МОДУЛЯТОР СЕРОТОНИНОВОЙ СИСТЕМЫ

SEROTONIN (5HT₂) ANTAGONIST & REUPTAKE INHIBITOR¹



РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ И ЛИЧНОЙ
ЖИЗНИ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИЕЙ



- ☀ Устранит основные симптомы депрессии^{4,5}
- ☀ Быстро и эффективно купирует тревогу⁶
- ☀ Восстановит нормальную архитектуру сна⁷
- ☀ Возобновит дневную активность и когнитивные функции¹
- ☀ Улучшит потенцию и либидо как у мужчин так и женщин¹
- ☀ Позволит вернуться к полноценной жизни

Р/у МЗ Украины для Триттико, таблетки пролонгированного действия
по 75 мг и 150 мг № 9939/01/01, UA 9939/01/02 от 07.08.2014.

Краткая характеристика лекарственного средства Триттико. Триттико является производным триазолопиридина и оказывает преимущественно антидепрессивное действие с некоторым седативным и анксиолитическим эффектом. Быстро влияет на психические и соматические симптомы депрессии. Триттико стабилизирует эмоциональное состояние, улучшает настроение, ослабляет психическую зависимость от алкоголя. Триттико является антидепрессантом с седативными способностями, что может приводить к сонливости на протяжении первых дней приема препарата. Иногда могут возникать другие побочные реакции. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения. Производитель лекарственного средства: Азиенде Кимике Риуните Анжелини Франческо – А.К.Р.А.Ф. – С.п.А., Виа Векио Дел Пиноккио, 22 – 60100 Анкона (АН), Италия.



ANGELINI

Информация о лекарственном средстве. Информация для врачей (и фармацевтов) для использования в профессиональной деятельности.

04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404. тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127

Dileo
FARM

МІЖДИСЦИПЛІНАРНИЙ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
ЖУРНАЛ

Психічне здоров'я

1-2 (50-51) 2017 • ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я •

1-2 (50-51) 2017

MENTAL HEALTH

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Любов БАРАНОВСЬКА

к.мед.н., заступник головного редактора, завідувач міського наукового інформаційно-методичного центру з організації психіатричної допомоги (ТМО «Психіатрія» у м. Києві)

Анатолій ВІЄВСЬКИЙ

д.мед.н., голова Всеукраїнської наркологічної асоціації

Юрій ВОРОНЕНКО

д.мед.н., професор, академік НАМН України, ректор НМАПО ім. П.Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України, академік АН ВШ України

Юрій ГОЛОВЧЕНКО

д.мед.н., професор, завідувач кафедри неврології №1 НМАПО ім. П.Л. Шупика

Михайло ГОЛУБЧИКОВ

д.мед.н., начальник Центру медичної статистики МОЗ України, завідувач кафедри медичної статистики НМАПО ім. П.Л. Шупика

Григорій ДЗЮБ

д.мед.н., професор кафедри неврології психіатрії рефлексології мануальної терапії, ЛФК та спортивної медицини Київського медичного університету УАНМ

Анатолій ЧУПРИКОВ

д.мед.н., професор кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, заслужений діяч науки і техніки України

Ярослав РАДИШ

доктор наук державного управління, професор кафедри Управління охорони суспільного здоров'я Національної Академії державного управління при президентів України

Галина ПИЛЯГІНА

д.мед.н., професор, завідувач кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика

Сергій МАЛЯРОВ

к.мед.н., завідувач Центру психосоматики і депресій Універсальної клініки «Оберіг»

Валентина МЕЛЬНИК

заступник головного редактора, д.мед.н., директор Центру медицини права «Справедливість», юридичної консалтингової компанії «Дефенс»

В'ячеслав МІШИЄВ

д.мед.н., професор, завідувач кафедри дитячої соціальної та судової психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, головний лікар ТМО «Психіатрія» у м. Києві, головний позаштатний спеціаліст за спеціальністю «Психіатрія» ДООЗ м. Києва

Олег НАСІННИК

заступник головного редактора д.мед.н., доцент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика

Олег ЧАБАН

д.мед.н., проф., завідувач відділу психосоматичної медицини та психотерапії Українського НДІ соціальної та судової психіатрії і наркології МОЗ України

Іван СОСІН

д.мед.н., професор, завідувач кафедри наркології НМАПО

Юрій ЮДІН

виконавчий директор Всеукраїнської психіатричної Ліги



Валерій КУЗНЕЦОВ

головний редактор, професор, професор кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, Заслужений лікар України, дійсний член Московської психотерапевтичної академії

Відповідальний секретар:

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, Челядин Ю.Я.

Секретаріат:

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика, к.мед.н. Бондарчук А.Г.

Асистент кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика к.мед.н. Гончар Т.О.

Клінічний ординатор кафедри психіатрії НМАПО ім. П.Л. Шупика Шугалей О.В.

Розмножування матеріалів, опублікованих у цьому виданні, можливе лише з дозволу редакції.

За зміст рекламних матеріалів відповідає рекламодавець.

ГЛИАТИЛИН®

Холина альфосцерат

Проникает через ГЭБ^{1,2}

ОРИГИНАЛЬНЫЙ ЕВРОПЕЙСКИЙ ДОНОР АЦЕТИЛХОЛИНА³

НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРОНИКАЕТ ЧЕРЕЗ ГЭБ^{1,2}

(ишемический инсульт^{3,6,8}, черепно-мозговая травма^{7,9}, деменция^{4,8})

Р/с МЗ Украины для: Глиатилин, раствор для инъекций, 1000 мг/4 мл № UA2196/01/01 от 30.03.2014 г.; Глиатилин, капсулы по 400 мг № UA2196/02/01 от 22.06.2010 г.



Январь 2017

✓ Защищает мозг от повреждения¹⁰

✓ Повышает уровень сознания при сопоре и коме^{6,9}

✓ Восстанавливает продуктивное мышление, движение, речь^{5,6}

✓ Уменьшает частоту инвалидизации^{5,7,8}

Краткая характеристика лекарственного средства Глиатилин в ампулах и капсулах.

Глиатилин относится к группе центральных холиномиметиков с преимущественным влиянием на ЦНС. Глиатилин улучшает передачу нервных импульсов в холинергических нейронах, положительно влияет на пластичность нейрональных мембран и функцию рецепторов. Применяется в острый период тяжелой черепно-мозговой травмы (раствор для инъекций), а также при дегенеративно-инволюционных мозговых психоорганических синдромах, при нарушениях мозговой деятельности, характеризующихся нарушением памяти, спутанностью сознания, дезориентацией. Как правило, Глиатилин хорошо переносится даже при длительном применении. Возможно возникновение тошноты, очень редко возможные абдоминальная боль и кратковременная спутанность сознания. Для более детальной информации ознакомьтесь с инструкцией для медицинского применения. Производитель лекарственных средств Глиатилин: Италфармако С.п.А., Виале Фульвио Тести, 330-20126 Милан, Италия.

1. Саватеева Т.Н., Якуцени П.П., Лукьянова И.Ю., Афанасьев В.В. «...Структура – функция – терапевтический эффект...» (к вопросу о лечебных свойствах генериков и инновационных препаратов на примере центральных холинергических веществ). Атмосфера. Нервные болезни. 2011; 27-36.
2. Tayebati S. K. et al. Effect of choline-containing phospholipids on brain cholinergic transporters in the rat. J Neurol Sci. 2011 Mar 15;302 (1-2):49-57.
3. Barbagallo S. G. et al. Glycero-phosphocholine in the mental recovery of cerebral ischemic attacks//An Italian multicenter clinical trial. Ann NY Acad. 1994; 717: 253-269.
4. Parnetti L. et al. Choline alfoscerate in cognitive decline and in acute cerebrovascular disease: an analysis of published clinical data// Drugs&Aging. 2001
5. Мищенко Т. С., Мищенко В. Н., Лапшина И. А. «Глиатилин в лечении постинсультных больных», Здоровье Украины № 3 (22), октябрь, 2012.
6. Афанасьев В.В. и соавт. Нейропротекция при остром инсульте на догоспитальном этапе. Неотложные состояния в неврологии, 2009; 144-147.
7. Mandat T, Wilk A, Manowicz R, Kozlarski A, Zielinski G, Podgorski JK. Preliminary evaluation of risk and effectiveness of early choline alfoscerate treatment in craniocerebral injury. Neurol Neurochir Pol., 2003.
8. Amenta F., Carotenuto A., Fasanaro AM., Rea R., Traini E. The ASCOMALVA (Association between the Cholinesterase Inhibitor Donepezil and the Cholinergic Precursor Choline Alfoscerate in Alzheimer's Disease) Trial: Interim Results after Two Years of Treatment. J Alzheimers Dis., 2014.
9. Ніконов В.В., Кривобок В.І., Білецький О.В. Гліатилін у комплексі інтенсивної терапії раннього післяопераційного періоду хворих на травматичну хворобу в клініці політравми. Журнал «Медицина неотложных состояний», 2011.
10. Одинак М.М., Вознюк І.А., Пирадов М.А. и соавт. Многоцентровое (пилотное) исследование эффективности глиатилина при остром ишемическом инсульте. Анналы клинической и экспериментальной неврологии, 2010; 4(1): 20-28
11. Инструкция по медицинскому применению препарата Глиатилин.

Информация о лекарственном средстве. Информация для специалистов здравоохранения с целью использования в профессиональной деятельности.

ITALFARMACO

04119, г. Киев, ул. Мельникова, 83-Д, оф. 404
тел.: (044) 538-0126, факс: (044) 538-0127

Dileo
F A R M A

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Територіальне медичне об'єднання
«Психіатрія» у м. Києві (Міський науковий
інформаційно-методичний центр з організації
психіатричної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

Свідцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 7877 від 10.09.03 р.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 — 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 5 від 17.05.2017 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел./факс: (044) 468-36-11
E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна
Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика
Тел./факс: (044) 468-36-11.
Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.
Тел.: (044) 468-29-32.

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»
м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а
Тел./факс: (044) 459-48-67
www.bz-poligraphia.com.ua
Підписано до друку 01.06.2017 р.
Папір офсетний. Тираж 300 шт. Зам. 2288.

Вступне слово головного редактора	3
<i>Кузнецов В.М., Петрюк П.Т.</i> Основні віхи історії кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (до 90-річчя з дня заснування)	4
<i>Башинский А.А.</i> Сравнение аутодеструктивного поведения у пациентов с психотическими и невротическими расстройствами ...	10
<i>Бондарчук А.Г.</i> Помилки психофармакотерапії розповсюджених розладів психіки та поведінки	12
<i>Дзержинська Н.О., Ломтєва В.О., Ярушинська Л.В.</i> Суїцидальний ризик у хворих та працівників психіатричних відділень	14
<i>Древіцька О.О.</i> Емоційно-поведінкові розлади у дітей молодшого шкільного віку з пограничним когнітивним дефіцитом	18
<i>Коваль М.І.</i> Порушення емоційного інтелекту у хворих на шизофренію	21
<i>Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Ткаченко Т.В.</i> Особливості больової чутливості у хворих на депресивні розлади з суїцидальною поведінкою.	24
<i>Логановський К.М., Напрєєнко О.К., Зданевич Н.А., Гресько М.В.</i> Психоневрологічна допомога постраждалим внаслідок військових дій на сході України	28
<i>Марута Н.О., Колядко С.П., Каленська Г.Ю., Денисенко М.М., Явдак І.О.</i> Особливості адиктивного статусу у хворих на невротичні розлади у порівняльному аспекті	36
<i>Насінник О.А.</i> Концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку.	40
<i>Пилягина Г.Я.</i> Аутодеструктивный потенциал в ретроспективном анализе и прогнозе динамики саморазрушающего поведения	44
<i>Розанов В.А.</i> Биологические детерминанты суицидального поведения	56
<i>Челядин Ю.Я.</i> Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання обсессивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії.	59
<i>Юрьева Л.Н., Шустерман Т.И.</i> Семейная терапия больных с первым психотическим эпизодом и их родственников	62
<i>Gonchar T.O.</i> Outcomes of perinatal cerebrovascular lesions	65

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
 К. Л. Барановський (Україна)
 Л. О. Булахова (Україна)
 В. С. Бітенський (Україна)
 В. В. Вандиш-Бубко (Росія)
 Ю. М. Завалко (Україна)
 І. С. Зозуля (Україна)
 Ю. П. Закаль (Україна)
 М. О. Качасва (Росія)
 В. Г. Коротоножкін (Україна)
 В. М. Краснов (Росія)
 Р. Т. Крутікова (Україна)
 Х. Лопез-Ібор (Іспанія)
 М. О. Мазуренко (Україна)
 О. М. Морозов (Україна)
 Г. Нанейшвілі (Грузія)
 Р. І. Никифоров (Україна)
 А. В. Олійник (Україна)
 П. Т. Петрюк (Україна)
 І. Я. Пінчук (Україна)
 В. С. Подкоритов (Україна)
 Л. В. Ромасенко (Росія)
 В. Рутц (Швеція)
 Н. Сарторіус (Швейцарія)
 І. Д. Спіріна (Україна)
 С. І. Табачников (Україна)
 Л. Т. Уралова (Україна)
 В. А. Шумлянський (Україна)
 Л. М. Юр'єва (Україна)
 В. С. Ястребов (Росія)

Contents

The opening word of editor-in-chief.	3
<i>Kusnetsov V.M. , Petryuk P.T.</i> Key milestones of the Department of Psychiatry National Medical Academy of Postgraduate Education (The 90 th anniversary of the foundation)	4
<i>Bashynskiy A.A.</i> Comparison self-destructive behavior in patients with psychotic and neurotic disorders.	10
<i>Bondarchuk Andrii</i> The misuse in psychopharmacotherapy of common mental and behavioral disorders	12
<i>Dzeruzhinskaya N, Lomtieva V, Yarushinskaya L.</i> Suicide risk in patients and employees of the psychiatric departments	14
<i>Drevitska O.O.</i> Emotional and behavioral disorders in children younger school age with borderline cognitive deficits	18
<i>Koval M.I.</i> Impairment of emotional intelligence in patients with schizophrenia	21
<i>Linskiy I.V., Kuzminov V.N., Tkachenko T.V.</i> Pain sensitivity in patients with depressive disorder with suicidal behavior.	24
<i>K.N. Loganovsky, O.K. Napryeyenko, T.K. Loganovskaja, N. Yu. Napryeyenko, N.A. Zdanevich, M.V. Gresko.</i> Psychoneurological medical care for victims of military conflict in eastern Ukraine	28
<i>Maruta N.O., Kolyadko S.P., Kalens'ka H. YU., Denysenko M.M., Yavdak I.O.</i> Features addictive status of patients with neurotic disorders in comparative perspective.	36
<i>Nasinnyk O.A.</i> Conceptual model of providing of psychiatric care in the forced order	40
<i>Galyna PYLIAGINA.</i> The System Structural-dynamic Model in the Diagnostics of Self-destructive Behaviour	44
<i>Rozanov V.A.</i> Biological determinants of suicidal behavior.	56
<i>Chelyadyn Yu.</i> Assessment of the relationship indicators orderly behavior in stressful and problematic situations for the individual and the severity of obsessive-compulsive disorder in terms of medical and social rehabilitation and therapy.	59
<i>Yur'yeva L.N., Shusterman T. Y.</i> Family therapy of patients with the first psychotic episode and their relatives.	62
<i>Gonchar T.O.</i> Outcomes of perinatal cerebrovascular lesions	65

Шановні читачі!

У 2018 році ми в очікуванні визначної події — святкування 100-річчя нашої Національної медичної академії післядипломної освіти лікарів імені П.Л. Шупика.

В цьому році виповнюється 90 років кафедрі психіатрії. На сьогодні, кафедра розширила свій профіль роботи в підготовці слухачів і у зв'язку з цим назва кафедри розширена — «Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології».

7 квітня 2017 року — Всесвітній день здоров'я. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, здоров'я — стан повного фізичного, душевного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

Психічне здоров'я — це дуже цінний капітал будь-якого суспільства. Його слід захищати і зміцнювати, у той час як епізоди психічного нездоров'я необхідно попереджувати і лікувати. Жодне суспільство, навіть найбідніше не може дозволити собі не інвестувати в психічне здоров'я. Саме тому будь-яка політика повинна аналізуватися з погляду її можливого впливу на психічне здоров'я суспільства.

Стан психічного здоров'я є однією з важливих проблем, з якими стикається сьогодні Україна і кожна європейська країна, проблеми в цій галузі виникають практично в кожного четвертого жителя Європи протягом його життя. Відсоток різного роду психічних захворювань, що виникають у певні періоди, дуже високий у Європі. З 850 мільйонів, що проживають на території Європейського регіону, близько 100 мільйонів, за підрахунками ВООЗ, страждають на тривожні стани і депресії; більше 21 мільйона чоловік страждають від наслідків алкогольної залежності; більше 7 мільйонів уражені хворобою Альцгеймера й інших форм слабоумства; більше 4 мільйонів чоловік — шизофренією; 4 мільйони підвладні біполярним афективним станам; 4 мільйони — розладам панічного типу. Нервові і психічні хвороби являють собою другу за величиною загрозу в Європі після серцево-судинних захворювань. Вони є причиною 19,5% випадків непрацездатності. Тільки депресивні стани складають одну третину від загального тягаря хвороб і є причиною 6,2% випадків непрацездатності.

Дискримінація — це найбільша перешкода на шляху надання медичної допомоги особам із психічними розладами. Нерідко проблеми психічного здоров'я ховаються під ореолом мовчання і сорому. Це перешкоджає доступу цих людей до необхідного лікування, позбавляє їхніх основних прав людини, сприяє дискримінаційній практиці працевлаштування та ізолює людей від їхніх близьких, друзів та родин. Кожен з нас може відчувати на собі проблеми психічного характеру, тому дуже важливо докладати усіх зусиль для усунення чи ослаблення факторів, що підвищують ризик психічних зривів, таких, наприклад, як бідність, безробіття, самотність, втрата ідентичності, безпорадність і безнадійність, коли нам здається, що ми не можемо хоч якось вплинути на навколишній світ.

Проведення національних оцінок стану психічного здоров'я населення України — один з найбільш ефективних підходів, який сприяє національному плануванню й інвестиції в галузі психічного здоров'я, а також проведенню оцінки впливу змін соціальної політики на психічне здоров'я населення.

*З повагою,
Головний редактор, професор В. М. Кузнецов*

УДК 616.89 (091)

Основні віхи історії кафедри психіатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика (до 90-річчя з дня заснування)

В.М. Кузнецов¹, П.Т. Петрюк²¹ Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ,² Харківський міський благодійний фонд психосоціальної реабілітації осіб із проблемами психіки, м. Харків

Резюме. На основе источников специальной литературы, научных трудов и воспоминаний сотрудников освещается история создания и достижения кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика МОЗ Украины за 90 лет ее существования. Подчеркиваются научные и организационные достижения заведующих кафедрой психиатрии — И.А. Залкинда, В.П. Протопопова, И.А. Полищука, В.Н. Кузнецова. Отмечается роль профессора И.А. Полищука в создании кафедры детской психоневрологии. Приводятся особенности и уровень развития психиатрической службы Киева на время создания кафедры психиатрии Киевского института усовершенствования врачей. Обращается внимание на тогдашнюю существующую острую необходимость в открытии новых психиатрических больниц и массовой подготовке врачей и медицинского персонала.

Анализируются достижения кафедры в научно-исследовательской, педагогической, издательской, организаторской и общественной работе. Подчеркивается роль кафедры психиатрии в создании и организации работы Ассоциации психиатров Украины и Ассоциации психиатрических медицинских сестер, а также в разработке Закона Украины «О психиатрической помощи».

Отмечается, что со времен профессоров В.П. Протопопова и И.А. Полищука упомянутую кафедру отличает служение принципам отечественной клинической психиатрии и интересам душевнобольных, что передается молодому поколению в лице интернов, ординаторов, врачей-курсантов, аспирантов и соискателей научных степеней.

Обозначается, что история кафедры, ее развитие и реформирование в связи с новыми требованиями настоящего времени, биографическое и научное наследие сотрудников кафедры требуют дальнейшего тщательного исследования.

Ключевые слова: кафедра психиатрии, достижения кафедры, достижения заведующих кафедрой, потребность дальнейшего изучения истории кафедры.

Key milestones of the Department of Psychiatry National Medical Academy of Postgraduate Education (The 90-th anniversary of the foundation)

V.M. Kusnetsov¹, P.T. Petryuk²¹ National medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupic, Kyiv,² Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv.

Resume. Based on the sources of literature, scientific works and memoirs staff highlighted achievements and history of the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupic Health Ministry of Ukraine for 90 years of its existence. Highlights the scientific and organizational achievements of the Head of the Department of Psychiatry — I.A. Zalkind, V.P. Protopopov, J.A. Polishchuk, V. M. Kuznetsov. Noted Professor J.A. Polishchuk role in the creation of the department of pediatric neuropsychiatrist. We present the characteristics and level of development of Kyiv psychiatric service for creating the Department of Psychiatry of the Kiev Institute of Advanced Medical. Attention is drawn to the then existing urgent need to open new psychiatric hospitals and mass training of doctors and medical personnel.

Analyzes the achievements of faculty in research, teaching, publishing, organizational and social work. Emphasizes the role of the Department of Psychiatry in the creation and organization of the Association of Psychiatrists of Ukraine and the Association of psychiatric nurses, as well as the development of the Law of Ukraine «On psychiatric care».

It is noted that since the professors V.P. Protopopov and J.A. Polishchuk department referred distinguished service to the principles of national clinical psychiatry and interests of the mentally ill, which is transmitted to the young generation represented by interns, residents, medical students, graduate students and applicants degrees.

It is noted that the history of the department, its development and reform in connection with the new requirements of the present, biographical and scientific heritage department staff require further careful study.

Key words: Department of Psychiatry, Department achievements, achievements Chairs, the need for further study of the history department.

*Історія пишеться для встановлення
строгої істини.
Пліній Молодший*

Історія вітчизняної психіатрії, як і психіатрія в усьому світі, надзвичайно тісно пов'язана з історією суспільства, точніше, з

його культурно-історичною формацією. Історія кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) ім. П.Л. Шупика Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України нерозривно переплетена із долею міста Києва, регіону та держави. Знання й осмислення

минутих подій необхідні для об'єктивної оцінки минулого, більшого розуміння сьогодення і можливості ясно бачити перспективу [1-4].

У середині XIX століття психіатрична допомога населенню м. Києва із початком розвитку клінічної психіатрії досягла якісно нового рівня. Це співпало із створенням у 1840 році медичного факультету при Київському університеті. Перші лекції з психіатрії у курсі терапії читав учень С.П. Боткіна — В.Т. Покровський, а після нього — професор Ф.Ф. Ергард, який з 1854 року завідував кафедрою державного лікарезнавства і працював ординатором, а потім консультантом Кирилівських «богоугодних» закладів. Ф.Ф. Ергард опублікував ряд праць, присвячених судово-психіатричній експертизі. З 1865 по 1868 роки посаду старшого лікаря Кирилівських «богоугодних» закладів обіймав доктор медицини С. Штернберг, який всебічно поліпшив обслуговування психічнохворих [5].

Самостійна кафедра психіатрії та нервових хвороб була організована в 1885 році. Її очолив І.О. Сикорський (1845-1919), який зробив значний внесок у вивчення психічних порушень у дітей, у 1906 році відкрив заклад для дефективних дітей, надрукував фундаментальну монографію «Всеобщая психология с физиогномикой в иллюстрированном изложении» (1904), видав підручник «Основы теоретической и клинической медицины с кратким очерком судебной психологии» (1910). Багато його праць присвячено вивченню «психопатичних епідемій», питань психотерапії, психогігієни. І.О. Сикорський з 1895 року керував виданням у Києві журналу «Вопросы невропсихической медицины», а у 1898 році був одним з організаторів і головою Психіатричної спілки при імператорському університеті святого Володимира. У подальшому посаду професора психіатрії на цій кафедрі зайняв В.В. Селецький. У 1920 році кафедри психіатрії та неврології розділились [5].

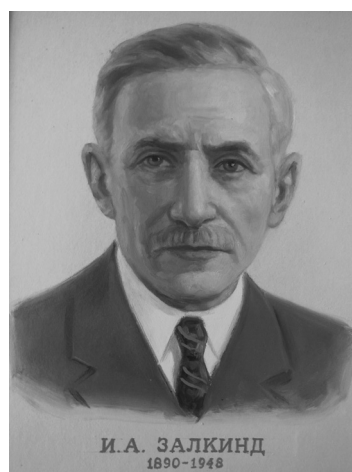
Відбувалися зміни і в організації психіатричної допомоги. У 1900 році відкрилась перша в місті лікарня для хворих на алкоголізм. Важливим кроком до перегляду споконвічних традицій будинку для «божевільних» був наказ головного лікаря Є.А. Копистинського (1921) про заборону застосування гамівних сорочок і зв'язування хворих.

З 1920 по 1924 роки курс психіатрії в Київському медичному інституті читав П.І. Нечай, який довгий час працював завідувачем Кирилівської психіатричної лікарні, написав короткий історію цієї лікарні — «Очерк Кирилловских заведений» (1904). З 1925 року кафедрою завідував професор В.М. Гаккебуш (1881-1931), який очолив і кафедру судової психіатрії юридичного факультету Київського інституту

народного господарства. У 1927 році на базі 4-го санаторію та Київської психотерапевтичної поліклініки було створено Київський-державний психоневрологічний інститут, який очолив В.М. Гаккебуш. Прекрасний клініцист і психотерапевт, він поставив на високий рівень вивчення та терапію неврозів, займався питаннями дитячої психоневрології, судової психіатрії, вивченням психопатій, особистості злочинця, видав «Курс судебной психопатологии» (1928), разом з Т.А. Гейером та А.Й. Геймановичем описав хворобу Гаккебуша-Гейера-Геймановича, видав монографію, присвячену церебротравматичній психічній патології. В.М. Гаккебуш був одним з організаторів видання журналу «Современная психоневрология», який виходив у Києві з 1925 по 1931 роки.

Після його смерті курс психіатрії в Київському медичному інституті читав професор Є.А. Копистинський (1879-1967), який з 1936 по 1941 роки очолював кафедру психіатрії створеного на той час 2-го Київського медичного інституту. Йому належить біля 100 праць з історії психіатрії, організації психіатричної допомоги, епілепсії, лікування психічних захворювань. У 1929 році Є.А. Копистинський опублікував перший підручник з психіатрії та нервових хвороб для фельдшерів українською мовою [5].

В той час потреба в наданні психіатричної допомоги населенню величезного регіону УРСР була незрівнянно більшою. До початку XX століття на території сучасної України виникла гостра необхідність у відкритті нових психіатричних лікарень та **масовій підготовці лікарів і медичного персоналу.**



У зв'язку з цим, в 1927 році на відповідну вимогу того часу в Київському інституті удосконалення лікарів була створена кафедра психіатрії (нині кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО ім. П.Л. Шупика МОЗ України), яку з 1927 до 1941 років очолював випускник Пізанського університету, талановитий

психіатр, кандидат медичних наук І.О. Залкінд. Однак, оскільки у довоєнний період спеціальної курсової підготовки для психіатрів не існувало, то проводилось читання вибраних лекцій з психіатрії для лікарів загального профілю.



Планова підготовка лікарів-психіатрів в УРСР розпочалась з 1944 року, коли кафедру очолив професор В.П. Протопопов (1880-1957). В початковий період це були цикли спеціалізації та загального удосконалення, а пізніше також і тематичного удосконалення.

Протопопов В.П. — видатний український, російський та радянський психіатр і фізіолог, академік АН УРСР, відомий засновник патофізіологічного напрямку в психіатрії, який заснував оригінальну патофізіологічну школу у вітчизняній психіатрії, розробив оригінальні методики дослідження вищої нервової діяльності, описав симпатикотонічний синдром (тріада Протопопова) при маніакально-депресивному психозі, увів у психіатричну практику терапію сном, методики дезінтоксикаційної терапії, дієтотерапії, автор книги «Патофизиологические основы рациональной терапии шизофрении» (1946). Віктор Павлович був головним психіатром та головою Вченої ради МОЗ УРСР, редактором журналів «Український вісник експериментальної педагогіки і рефлексології» та «Советская психоневрология», багато зробив для післявоєнного відновлення мережі спеціалізованих психіатричних закладів в Україні як після громадянської, так і після Другої світової воєни.

Ім'я В.П. Протопопова належить до плеяди великих учених нашої країни, що проклали нові шляхи в науці. Людина високої цілеспрямованості і нестримного пориву до творчої праці, Віктор Павлович увесь свій талент, виняткову енергію і знання присвятив служінню медицині. Він був видатним вітчизняним психіатром, дослідником вищої нервової діяльності людини та тварин, учнем і послідовником корифеїв вітчизняної науки — В.М. Бехтерева та І.П. Павлова.

Віктор Павлович є автором понад 160 наукових праць, у тому числі 5 монографій. Під його керівництвом виконано 5 докторських і 5 кандидатських дисертацій. В.П. Протопопов був нагороджений двома орденами Леніна, орденом Трудового Червоного Прапора.

У 1951 році В.П. Протопоповим при кафедрі психіатрії був організований курс вищої нервової діяльності (ВНД), який в 1953 році був виділений в окрему кафедру ВНД (завідуючі — П.В. Бірюкович (1953), А.Є. Хільченко (1953-1956) [6-9].

Багато ідей В.П. Протопопова — створення літніх санаторіїв, сепараторної системи, повторні лікувально-дослідницькі експедиції на Ельбрус із психічнохворими в нелегкі 50-60-і роки ХХ століття — все це приклади пошуків найбільш природних шляхів лікування в зв'язку з виявленими порушеннями обміну речовин, передбачуваними причинами захворювання [10].



У 1954 р. кафедру психіатрії очолив професор Й.А. Поліщук, який у серпні 1944 року був зарахований на посаду доцента кафедри психіатрії Київського інституту удосконалення лікарів. Поряд з цим він поєднував педагогічну роботу на психоневрологічному факультеті 2-го Київського медичного інституту з науковою роботою на посаді старшого наукового співробітника відділу психіатрії Інституту клінічної фізіології АН УРСР (1944-1950 роки). У цей період штат кафедри збільшився до 8 науково-педагогічних співробітників. З 1954 року, як відмічалось вище, і до кінця свого життя Йосип Адамович завідував кафедрою психіатрії Київського інституту удосконалення лікарів, де в період з 1959 по 1961 роки був деканом, а з 1961 по 1966 рік — проректором з наукової роботи. В 1956 році захистив докторську дисертацію на тему «Значення особливостей організму і слідових чинників у патогенезі шизофренії та маніакально-депресивного психозу» [11].

Під його керівництвом у 1965 році при кафедрі психіатрії був організований курс дитячої

психоневрології, який у 1969 році виділився в самостійну кафедру, яку очолювали професор П.І. Коваленко (1969-1975), професор Л.О. Булахова (1975-1992), професор А.П. Чуприков (1992-2008). У 1996 році у зв'язку з відокремленням від кафедри курсу дитячої неврології кафедра отримала назву кафедри дитячої, соціальної та судової психіатрії. З 2008 року кафедру очолює професор В.Д. Мішиєв [11-13].



У 1978-1986 роках кафедрою завідував професор В.С. Шапошников, котрий вивчав патофізіологічну, в тому числі імунобіологічну, основу старечих психозів. В 1986-1988 роках тимчасово обов'язки завідуючого кафедрою психіатрії виконували доценти А.Є. Відренко та А.В. Олійник.



В 1988-2015 роках кафедрою психіатрії завідував професор В.М. Кузнецов, заслужений лікар України, головний редактор фахового міждисциплінарного науково-практичного журналу «Психічне здоров'я» (з 2003 року), дійсний член Московської психотерапевтичної академії (1994), який тривалий час був головним позаштатним дитячим психіатром МОЗ України (1981-2010), головою консультативно-експертної ради з психіатрії при МОЗ України

(1990-1994), Президентом Асоціації психіатрів України (1992-2000).

Валерій Миколайович здійснює патофізіологічні дослідження афективних психозів, психічних розладів, пов'язаних з церебральною резидуально-органічною недостатністю. В.М. Кузнецов є автором низки науково-монографічних видань: «Справочник детского врача-психиатра и невропатолога» (1985, у співавт.); «Психіатрія: Підручник» (1993, у співавт.); «Детская психоневрология» (2001, у співавт.); «Клиническое руководство по диагностике и лечению депрессивных расстройств в практике врача первичной медико-санитарной помощи» (2004, у співавт.); «Тести з психіатрії (2009, у співавт.); «Ургентна психіатрія (клініка, психодіагностика, терапія невідкладних станів)» (2010, у співавт.); «Медицина невідкладних станів: Швидка і невідкладна медична допомога: Підручник» (2012, у співавт.); «Психіатрія: Національний підручник» (2013, у співавт.) [14].

Викладачами на кафедрі у різні роки працювали професори П.І. Коваленко (1968-1969), Л.О. Булахова (1958-1969), доценти Т.М. Городкова (1944-1978), А.Є. Відренко (1961-1991), О.М. Саган (1967-1969), С.М. Зінченко (1967-1969), В.М. Кузнецов (1967-1969), асистенти Є.М. Юнак (1944-1948), В.П. Савченко (1978-1996), Л.І. Кокун (1980-1982), О.Б. Белов, С.І. Костюченко та інші [12].



З 2015 року кафедрою завідує професор, доктор медичних наук Г.Я. Пилягіна, головна діяльність якої пов'язана з викладанням психіатрії, психотерапії та медичної психології. Основною сферою її інтересів у науковій діяльності є суїцидологія.

Наразі на кафедрі психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО ім. П.Л. Шупика працюють професори Г.Я. Пилягіна, В.М. Кузнецов, доценти О.А. Насінник, Л.Т. Уралова, В.Г. Коротоножкін, Т.О. Гончар та асистенти А.Г. Бондарчук, Ю.Я. Челядин та О.В. Зубатюк [12].

Клінічною базою кафедри є 5, 9, 16, 17, 18 відділення та центр медико-соціальної реабілітації Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні №1. Учбова база кафедри складається з аудиторії на 50 місць, 4-х учбових, 1 лаборантської кімнат та комп'ютерного класу.

За весь період діяльності кафедри виконано понад 600 наукових праць, підготовлено 14 учбових посібників, 12 збірників наукових праць, виконано 4 докторських і 28 кандидатських дисертацій. На кафедрі пройшли підготовку 57 клінічних ординаторів і навчалось 12 аспірантів. За весь період діяльності кафедри співпрацівниками кафедри підготовлено та видано наступні монографії: «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), «Атлас для экспериментального исследования отклонений в психической (высшей нервной) деятельности человека» (1963, 1980), «Шизофрения» (1976), «Клиническая генетика в психиатрии» (1981). Слід відмітити, що завдячуючи співробітникам кафедри, були перевидані основні наукові праці професора Й.А. Поліщука «Поліщук Й.А. Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра» (2007). За період існування кафедри підготовлено 6493 лікарів за основною спеціальністю «психіатрія», з них більше 407 — інтернів. Співробітниками кафедри розроблено програми і навчальні плани для 5-місячного циклу спеціалізації, інтернатури та передатестаційних циклів з психіатрії, видано тестові питання і відповіді для присвоєння звання лікаря-психіатра, збірник тестових завдань з психіатрії [11, 12, 15].

Науково-дослідна робота кафедри пов'язана з питаннями теорії і практики психіатрії. Зокрема, вивчено закономірності порушення енергетичного обміну у хворих ендogenous психозами (гіперенергізм при маніакально-депресивному психозі та гіпоенергізм при шизофренії). Встановлено розлади обміну фенілаланіну, триптофану та інших амінокислот при шизофренії, що дало підставу розглядати шизофренію як генетично зумовлену ензимопатію. Визначений взаємозв'язок енергетичного обміну з функцією кори наднирників при ендogenous психозах, вивчені механізми дії ряду психотропних препаратів на енергетичний обмін та вміст катехоламінів. Визначена роль в патогенезі психозів неспецифічної імунобіологічної реактивності, клітинного і гуморального імунітету, алергії, сульфгідрильних сполук. Велике значення приділяється вивченню афективної патології, зокрема клініки і патогенезу афективних розладів на резидуально-органічній основі, вегетативного гомеостазу у хворих на афективні розлади, також розроблено методи інтегральної психотерапії при психічних захворюваннях.

В даний час на кафедрі виконується наукова дослідна робота з удосконалення та практичного застосування діагностичних критеріїв психічних захворювань на різних етапах хвороби, які включені до переліку НДР Міжгалузевої комплексної програми «Здоров'я нації» та вивчається поширеність пріонних хвороб серед психічнохворих.

На кафедрі проводилися 7 клінічних досліджень нових антипсихотичних препаратів. Всі перелічені та інші дослідження сприяють поглибленню розуміння суті психічних розладів і розробці раціональних методів лікування [12].

Слід відмітити, що на кафедрі проводяться наступні цикли: «спеціалізації за фахом психіатрії», «передатестаційні за фахом психіатрії», «цикли тематичного удосконалення: «Сучасна оцінка основних психічних захворювань з позиції МКХ-10», «Психотерапія в клінічній практиці лікаря-психіатра», «інтернатура за фахом психіатрії», «суміжні цикли із психіатрії для інтернатури за фахом сімейна медицина, за фахом швидка та невідкладна допомога та за фахом невропатологія», «клінічна ординатура», «аспірантура», «магістратура». Кафедра є клінічною базою по впровадженню лікарських засобів.

Кафедра є співзасновником Асоціації психіатрів України (АПУ), яка об'єднує понад 800 членів. Співробітники кафедри сумісно з АПУ беруть участь в організації та проведенні вітчизняних та міжнародних конференцій і семінарів.

З ініціативи кафедри вперше в Україні створена Асоціація психіатричних медичних сестер (1996), яка координує роботу з їх підготовки та підвищення кваліфікації. Кафедра приймала участь у розробці програми післядипломної освіти медичних сестер за фахом «Психіатрія» (затверджена МОЗ України в 1997 році).

В.М. Кузнецов та О.А. Насінник входили до складу робочої групи з розробки Закону України «Про психіатричну допомогу», який був прийнятий Верховною Радою України 22 лютого 2000 року.

Безумовно, на завершення хочеться відзначити, що з часів професорів В.П. Протопопова та Й.А. Поліщука кафедру психіатрії, психотерапії та медичної психології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика МОЗ України *вирізняє служіння принципам вітчизняної клінічної психіатрії та інтересам душевнохворих*, що передається молодому поколінню в особі інтернів, ординаторів, лікарів-курсантів, аспірантів і здобувачів наукових ступенів.

Поза сумнівом, історія кафедри, її розбудова та реформування у зв'язку з новими вимогами теперішнього часу, біографічна та наукова спадщина співробітників кафедри потребують подальшого ретельного дослідження.

Література

1. Исторический очерк развития психиатрии. Развитие психиатрии в России [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.medicinform.net/history/наука/10.htm> (дата обращения 06.05.2017).
2. Рохлин Л.Л. Психиатрическая помощь в дореволюционной России / Л.Л. Рохлин // Советская медицина в борьбе с психическими болезнями. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медгиз, 1956. — С. 85-91.
3. Развитие психиатрической помощи и преподавания психиатрии. Краткий исторический очерк [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.medical-enc.ru/15/psychiatry/history_shtml (дата обращения 06.05.2017).
4. Крук І.В. Видатні представники київських психіатричних шкіл повоєнного періоду / І.В. Крук // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 81-82.
5. Напресенко О.К. Заснування київської клінічної психіатрії / О.К. Напресенко, В.О. Процик // История украинской психиатрии: Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И.И. Кутько, П.Т. Петрюка. — Харьков, 1994. — Т. 1. — С. 106-108.
6. Бірюкович П.В. В.П. Протопопов / П.В. Бірюкович. — К.: Здоров'я, 1977. — 48 с. (Серія «Видатні вітчизняні вчені-медики»).
7. Бірюкович П.В. К 100-летию со дня рождения Виктора Павловича Протопопова / П.В. Бірюкович // Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. — 1980. — Т. 80. — № 11 — С. 1710-1713.
8. Бірюкович П.В. Протопопов Виктор Павлович / П.В. Бірюкович // Большая медицинская энциклопедия (В 30 томах. / (АМН СССР). Гл. ред. Б.В. Петровский. — 3-е изд. — Т. 21. — М.: Советская энциклопедия, 1983. — С. 701-702.
9. Петрюк П.Т. Академік Віктор Павлович Протопопов: творча біографія та наукова спадщина (до 130-річчя з дня народження) / П.Т. Петрюк, О.П. Петрюк // Архів психіатрії. — 2011. — Т. 17. — № 3. — С. 110-115.
10. Булахова Л.А. Памяти моих учителей психиатрии / Л.А. Булахова // Психічне здоров'я. — 2010. — № 1 (26). — С. 79-82.
11. Кузнецов В.Н. Памяти профессора И.А. Полищука (К 105-летию со дня рождения) / В.Н. Кузнецов, П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2012. — № 2 (35). — С. 90-98.
12. Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО ім. П.Л. Шупика [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://nmapo.edu.ua/index.php/uk/terapevtichnij-fakultet/kafedra-psikhiatriji/658-kafedra-psikhiatriji> (дата звернення 06.05.2017).
13. Кафедра загальної, дитячої, судової психіатрії і наркології ім. П.Л. Шупика [Електронний ресурс]. — Режим доступу: <https://nmapo.edu.ua/index.php/uk/institut-simejnoji-meditsini/kafedra-dityachoji-psikhiatriji/194-kafedra-dityachoji-sotsialnoji-ta-sudovoji-psikhiatriji> (дата звернення 06.05.2017).
14. Гош Р.І. Кузнецов Валерій Миколайович / Р.І. Гош // Енциклопедія сучасної України [Електронний ресурс]. — Режим доступу: http://esu.com.ua/search_articles.php?id=1343 (дата звернення 06.05.2017).
15. Поліщук Й.А. Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра / Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. — К.: Б.в., 2007. — 608 с.

Сравнение аутодеструктивного поведения у пациентов с психотическими и невротическими расстройствами

Башинский А.А., клинический ординатор

Кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии

Национальная академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Резюме. В статье описывается начало исследования по изучению аутодеструктивного поведения у пациентов с психотическими и невротическими расстройствами и сравнение поведения у больных этими заболеваниями.

Ключевые слова: аутодеструктивное поведение, суицидология, психотические расстройства, невротические расстройства.

Comparison self-destructive behavior in patients with psychotic and neurotic disorders

Bashynskiy A.A.

Bogomolets National medical university

Resume. The article describes the beginning of a study on the study of autodestructive behavior in patients with psychotic and neurotic disorders and a comparison of behavior in patients with these diseases.

Key words: autodestructive behavior, suicidology, psychotic disorders, neurotic disorders.

Проблема аутодеструктивного поведения будет актуальной пока существует человечество. Хотя есть некоторые данные о суицидальном поведении у животных, эта проблема остается характерной, в основном, для человека. Аутодеструктивное поведение характерно для большинства психиатрических пациентов, но в каждом отдельном случае есть особенности его формирования, обнаружив и изучив эти особенности, мы сможем с большей эффективностью на них повлиять и, таким образом, помочь пациентам. В данной статье описаны 15 пациентов с невротической и психотической патологией, особенности их поведения. 7 пациентов с психотическими расстройствами были мужского пола. Возраст от 25 до 45 лет. 5 пациентов — из невротическими расстройствами женского пола, 3 — мужского. Возраст от 13 до 52 лет.

Такое количество пациентов не является статистической группой, поэтому предоставить статистически достоверные данные мы пока не можем, но можем предоставить некоторые тенденции которые мы видели.

В нашей работе мы использовали метод клиничко-диагностического интервью и диагностические тесты, такие как: личностный опросник Big 5, тест временной перспективы Зимбардо, тест Фрустрация, тест выявления аутоагрессивных предикторов, шкала HADS.

Из 15 пациентов, 7 были с психотическими расстройствами, 8 с расстройствами невротического спектра. Из 7 эндогенных пациентов: у 6 был диагноз шизофрения, параноидная форма, у 1 органическое поражение главного

мозга с психотическими симптомами. У 2 был депрессивно-параноидный с-м, у 5 галлюцинаторно-параноидный с-м. У всех пациентов в анамнезе присутствовали суицидальные попытки разной степени давности (самое большее 2 года назад). Эти попытки были совершены следующими способами: падение с высоты, самопорезы, отравление психотропными препаратами. Большинство попыток было совершено под воздействием галлюцинаторных переживаний, во время обострения психотической симптоматики (6), 1 попытка была совершена на фоне сильных аффективных переживаний и злоупотребления алкоголем.

Из 8 пациентов с невротическим расстройством: у 4 был диагноз тревожно-депрессивное расстройство, у 2 тревожно-фобическое, у 1 истеро-депрессивное, у 1 депрессивный эпизод средней степени тяжести. У 5 были стойкие суицидальные мысли, у 2 самопорезы, у 1 самоповреждение острым предметом. У большинства пациентов суицидальные мысли были связаны с психотравмирующими ситуациями на фоне их патологии.

Обработывая результаты, мы увидели, что у пациентов с невротической патологией показатели тревоги и депрессии несколько выше, чем у пациентов с психотическими расстройствами. Показатели фрустрации, также были выше у пациентов с невротическими расстройствами.

Таким образом, мы видим высокие уровни фрустрации у больных невротическими расстройствами, что еще раз доказывает — реальная или предполагаемая невозможность

удовлетворения базисных личностных потребностей является одной из причин большинства невротических состояний. Тот факт, что большинство суицидальных попыток у пациентов с психотическими расстройствами произошло во время обострения их заболевания, означает, что в основе их аутодеструктивного поведения лежит возрастание интенсивности их

продуктивной симптоматики. В основе аутодеструктивного поведения пациентов с расстройствами невротического спектра, может лежать повышение уровня фрустрации вследствие межличностных конфликтов.

Эта статья является началом исследования, которое мы планируем продолжить для получения более дифференцированной информации.

Литература:

1. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Предикторы формирования и рецидивирования саморазрушающего поведения // Журнал Суицидология — 2014 г. — Том 5, №2 (15). — стр. 3-20.
2. Пилягина Г.Я. Особенности патогенеза эквивалентной формы саморазрушающего поведения // Журнал Суицидология — 2013 г. — Том 4, №3 (12). — стр. 36-48.
3. Пилягина Г.Я. Когнитивно-эмоциональный дефицит и когнитивно-эмоциональный дисбаланс в личностном развитии, формировании психической патологии и патогенезе саморазрушающего поведения // Журнал Суицидология. — 2013г. — Том 4 №4 (13). — стр. 10-17.

Помилки психофармакотерапії розповсюджених розладів психіки та поведінки

Бондарчук А.Г.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Резюме. Було вивчено вподобання та помилки у призначенні лікування психотропними засобами лікарями — психіатрами при різних розладах психіки і поведінки. Було встановлено основні помилки призначень антидепресантів, антипсихотиків, анкіолітиків та гіпнотиків при розповсюджених розладах психіки та поведінки.

Ключові слова: післядипломна освіта лікарів, помилки лікування, психофармакотерапія, розлади психіки та поведінки/

The misuse in psychopharmacotherapy of common mental and behavioral disorders

Bondarchuk Andrii

National Medical Academy of Postgraduate Education named after PL Shupyk, Kiev

Resume. Preferences and mistakes of psychotropic drugs prescribing in various mental and behavioral disorders were studied. Common prescribing mistakes of antidepressants, antipsychotic, anxiolytic and hypnotic drugs were defined in treatment of most common mental and behavioral disorders.

Keywords: postgraduate education of medicine doctors, misuse of treatment, psychopharmacotherapy, mental and behavioral disorders.

З метою вивчення вподобань та помилок у призначенні лікування психотропними засобами лікарями — психіатрами при різних розладах психіки та поведінки, нами було проведено письмове опитування спеціалістів різного віку та досвіду роботи, які на момент дослідження працювали у міських, районних та обласних закладах охорони здоров'я.

У дослідженні взяли участь 60 фахівців. Стаж роботи лікарів-психіатрів які брали участь в дослідженні складав від 5 до 39 років, середній показник — 15 років стажу роботи на посаді лікаря-психіатра.

Фахівцям було запропоновано надати у письмовій формі базові рекомендації з початкової схеми лікування декількох психічних розладів, виходячи з того що допомога надається в амбулаторному порядку. До умов завдання також було віднесено, що це перше звернення пацієнта з приводу хворобливого стану та є відсутніми засади для примусової госпіталізації.

До ситуаційних задач увійшли питання лікування розладів як неспсихотичного, так і психотичного реєстрів. Питання з приводу початкової схеми лікування стосувалися наступних станів:

- депресивного епізоду з вираженою тривожною ажитацією;
- депресивного епізоду з вираженою психомоторною загальмованістю;
- першого психотичного епізоду з переважно галюцинаторно-параноїдною симптоматикою без вираженого психомоторного збудження, без суїцидальних / гоміцидних тенденцій;

- реактивного параноїдного розладу з вираженою тривожною ажитацією та розладами сну;
- постшизофренічної депресії з урахуванням підтримуючої терапії ризиком при відсутності виражених проявів симптомів шизофренії;
- іпохондричного розладу;
- обсесивно-компульсивного розладу з класичною фабулою зараження/забруднення;
- інсомнії з проблемним засинанням та нетривалим, поверхневим сном та відсутністю відчуття відпочинку.

Ми оцінювали відповідність отриманих результатів до сучасних уявлень про вибір стратегій лікування цих станів, виходячи з алгоритмів та гайдлайнів розроблених за принципами доказової медицини такими організаціями, як Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT, Канада), American Psychiatric Association (APA, США), National Institute for Health and Care Excellence (NICE, Великобританія), Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP, Австралія та Нова Зеландія).

В процесі аналізу відповідей респондентів серед призначень лікування найбільшу увагу до себе звернули наступні розбіжності з сучасними рекомендаціями лікування вказаних розладів:

- ігнорування препаратів першої лінії лікування та призначення на початку лікування препаратів 2-ї та 3-ї лінії вибору у 35% відповідей;

- призначення 2-х та більшої кількості препаратів одного механізму дії у 30% відповідей;
- недостатня доза препарату першої лінії у 35% відповідей у 30% відповідей;
- недостатня дозу препаратів, які доповнювали та/або підсилювали основне лікування у 38,3% відповідей;
- вкрай швидке нарощування дози основного препарату у 45% відповідей;
- вкрай повільне нарощування дози основного препарату у 33,3% відповідей;
- початок лікування з високих доз основного препарату у 25% відповідей;
- неадекватна кратність прийому препаратів, замала або зовелика у 28,3% відповідей;
- початок лікування з призначення препаратів пролонгованої дії у 18,3% відповідей;
- відсутність рекомендацій з приводу необхідності психотерапевтичних втручань, в першу чергу при розладах невротичного та афективного регістрів у 46,6% відповідей.

На наш погляд система освіти в галузі охорони психічного здоров'я на даний час потребує розробки навчальних програм з поглиблення знань лікаря про психофармакологію, механізми дії психотропних засобів, нейрофізіологію, нейрохімію, методи нейровізуалізації при окремих розладах психіки та поведінки. Головною ціллю освіти сучасного лікаря, залишається розробка таких програм які допоможуть інтегрувати та зробити доступним той великий об'єм знань та результатів досліджень нейронаук, який ми маємо сьогодні і який з кожним днем стає дедалі більше.

Література:

1. Alan F. Schatzberg, M.D., and Charles DeBattista, D.M.H., M.D. Manual of Clinical Psychopharmacology, Eighth Edition. 2015 — 795 p.
2. Ian M. Anderson, R. Hamish McAllister-Williams. Fundamentals of clinical psychopharmacology, Fourth Edition. 2016 by CRC Press — 280 p.
3. Gautam S, Jain A, Gautam M, Vahia VN, Grover S. Clinical Practice Guidelines for the management of Depression. Indian J Psychiatry. 2017;59, Suppl S1:34-50
4. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL. Clinical practice guideline for the pharmacologic treatment of chronic insomnia in adults: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. J Clin Sleep Med. 2017;13(2):307 — 349.
5. Y.C. Janardhan Reddy, A. Shyam Sundar, Janardhanan C. Narayanaswamy, and Suresh Bada Math. Clinical practice guidelines for Obsessive-Compulsive Disorder. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5310107/

Суїцидальний ризик у хворих та працівників психіатричних відділень

Дзеружинська Н.О., Ломтєва В.О., Ярушинська Л.В.

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

Територіальне медичне об'єднання «Психіатрія» у місті Києві

Резюме. Исследован суицидальный риск 87 человек (55 пациентов и 32 сотрудников) психиатрических отделений. Установлено, что у большинства участников отмечались низкие, сниженные и средние показатели по субшкалам суицидального риска. У третьей части респондентов наблюдались повышенные и высокие показатели по субшкалам «аффективность», «слом культурных барьеров» и «социальный пессимизм». Небольшое количество всех обследованных не имело тенденции к суицидальному риску, особенно по субшкалам «несостоятельности», «временной перспективы» и «социального пессимизма». Это говорит о снижении самооценки и конструктивного планирования будущего респондентов, а также ожидания негативных поступков со стороны окружающих. У пациентов в отличие от сотрудников отделений преобладали более высокие баллы по субшкалам «демонстративности» и «аффективности» и «уникальности», что говорит о более выраженном желании обратить внимание на свои трудности у пациентов, доминирование эмоций над интеллектуальным контролем в оценке ситуации и недостаточной способности использовать свой и чужой опыт. Среди сотрудников отделений обнаружено более частую встречаемость высокого уровня максимализма и аффективной фиксации на неудачах. Обнаружено вдвое большую частоту высокого уровня суицидального риска за счет отсутствия сдерживающих факторов у лиц, которые работают с психически больными. Анализ по полу показал, что женщины реже злоупотребляют психоактивными веществами ($p=0,001$) и алкоголем ($p=0,0001$) и у них чаще наблюдался сниженный уровень по субшкале «демонстративности» — 27 (64,3 %), тогда как у мужчин сниженный 18 (40 %) и средний 15 (33,3 %) ($p=0,026$). Полученные данные свидетельствуют о необходимости разработки и внедрения реабилитационных программ для снижения суицидального риска не только для пациентов, а и для сотрудников психиатрических отделений, направленных на повышение самооценки, улучшения межличностных отношений, конструктивного планирования будущего. Акценты в таких программах необходимо делать на формировании более зрелого реагирования на психотравмирующие факторы, повышения стрессоустойчивости, воспитательной работе с медицинским персоналом для укрепления морально-этических ценностей в качестве антисуицидальных факторов, а также для психически больных на усилении мероприятий против злоупотребления психоактивными веществами.

Ключевые слова: суицидальный риск, компоненты суицидального риска, пациенты и сотрудники психиатрических отделений.

Suicide risk in patients and employees of the psychiatric departments

Dzeruzhinskaya N., Lomtjeva V., Yarushinskaya L.

Resume. Suicide risk was studied in 87 respondents (55 patients and 32 employees) of psychiatric departments. It was found that the majority of participants had low and middle values behind subscales of suicidal risk. In the third part of the respondents, there were high rates of subscales «affectivity», «scrapping cultural barriers» and «social pessimism». A small number of respondents had no tendency to suicidal risk, especially behind the subscales of «insolvency», «temporary perspective» and «social pessimism.» This indicates a decrease in self-esteem and constructive planning for future of respondents, and expectations of negative actions on the part of others. The patients, in contrast to the employees of the departments, were dominated by higher scores on the sub-scales of «demonstrativeness», «affectivity», and «uniqueness» which indicates a more pronounced desire to pay attention to their difficulties in patients, the dominance of emotions over intellectual control in assessing the situation and lack of ability to use one's own and others' experience. Among the employees of the departments, more frequent occurrence of a high level of maximalism and affective fixation on failures was found. A twice higher frequency of a high level of suicidal risk was detected due to the absence of restraining factors in persons who work with mentally ill people. The analysis by sex showed that women are less likely to abuse psychoactive substances ($p = 0,001$) and alcohol ($p = 0,0001$) and they often had a lower level of the «demonstrative» subcategory — 27 (64,3 %), while in men decreased 18 (40,0 %) and mean 15 (33,3 %) ($p = 0,026$). The study shows the need to develop and implement rehabilitation programs to reduce suicide risk, not only for patients, but for employees of psychiatric departments which are aimed at increasing self-esteem, improving interpersonal relationships, and constructive planning for the future. The accents of these programs are necessary to do on develop a more mature response to traumatic stress factors, increase stress resistance, educate work with medical personnel to strengthen moral and ethical values as anti-suicidal factors, and for mentally ill people to strengthen interventions against substance abuse as well.

Key words: suicide risk, components of suicide risk, patients and employees of psychiatric departments.

Частота самогубств є одним з найважливіших індикаторів громадського психічного здоров'я і соціального добробуту населення [1, с. 71]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я у світі щорічно біля 400-500 тис. осіб закінчують життя самогубством, а число спроб — на багато разів більше. Кількість самогубств в європейських країнах приблизно втричі перевищує кількість вбивств. У ряді країн

самогубство — одна з основних причин смерті у віці 15-44 років і друга по значущості у віці 10-24 років, без урахування суїцидальних спроб, що здійснюються в 20 разів частіше [2].

Сучасні дослідники вбачають природу суїциду в соціально-психологічній дезадаптації індивіда в умовах гострої мікросоціальної конфліктної ситуації. За умови суб'єктивно тяжких обставин саме негативні психічні стани

унеможливають для людини конкретне вирішення особистих проблем і штовхають її до крайньої межі — позбавитися життя. Перехід від дезадаптації до суїцидального вчинку залежить, як правило, від наявності двох обставин: якщо у людини відсутні будь-які варіанти розв'язання конкретного конфлікту або якщо наявні варіанти рішень вона розцінює як неефективні чи неприйнятні [3, с.105].

Незважаючи на велику кількість робіт, присвячених вивченню суїцидального ризику серед різних груп населення, ця проблема залишається актуальною. На наш погляд, цікавим представляється визначення наявності суїцидального ризику у працівників психіатричних відділень, а також порівняння його з показниками психічно хворих. Таке дослідження має за мету більш досконале розуміння механізмів формування суїцидальної налаштованості та розробку профілактичних заходів щодо виникнення суїцидального ризику для цих категорій осіб.

На базі ТМО «Психіатрія» у місті Києві протягом лютого–березня 2017 року за умови інформованої згоди було проведено обстеження 87 осіб на предмет визначення у них суїцидального ризику. Основну групу склали 55 (63,2%) хворих з різними психічними розладами та групу порівняння — 32 (36,8%) працівника лікарні (лікарі, психологи, медичні сестри та молодший медичний персонал). Діагнози психічних розладів у хворих встановлювались на основі діагностичних критеріїв МКХ-10. Психодіагностичне дослідження проводилось за допомогою опитувальника суїцидального ризику А.Г. Шмелева. Результати досліджень згідно з розробленою картою вносились до бази даних Excel та обчислювались за допомогою пакету статистичних програм SPSS statistics 20,0.

За статтю усі досліджувані особи розподілилися майже рівномірно — 45 (51,7%) чоловіків та 42 (48,3%) жінки. Хворих чоловічої статі було дещо більше, ніж жінок (60,0% проти 40,0% відповідно), тоді як серед співробітників спостерігалось більше жінок, ніж чоловіків (62,5% проти 37,5%). За віком серед хворих переважали особи більш молодого віку: до 50 років — 47 (85,5%) пацієнтів, тоді як серед працівників переважали особи старше 50 років — 20 (62,5 %) ($p < 0,05$).

Серед хворих, що взяли участь у дослідженні, більшість пацієнтів — 40 (72,7%) — мали діагнози розладів шизофренічного (F20 — 25), 4 (7,3%) — афективного (F30 — 33) і 11 (20,0%) — органічного (F06) спектру. Розподіл пацієнтів за синдромальними характеристиками представлений у табл. 1.

Як видно з наведених даних, у більшості хворих спостерігалась галюцинаторно-параноїдна (36,4%) та параноїдна (30,9%) симптоматика.

Таблиця 1

Синдромальна характеристика хворих

Синдром	Кількість хворих, n (%)
Галюцинаторно-параноїдний	20 (36,4)
Параноїдний	17 (30,9)
Маніакально-параноїдний	4 (7,3)
Депресивно-параноїдний	11 (20,0)
Психопатоподібний	3 (5,5)
Всього	55 (100,0)

Психоактивні речовини вживали 14 (16,1%) досліджуваних, переважно хворі молодого віку: 8 (57,1%) осіб у віці від 20 до 30 років і по 3 (21,4%) особи у віці від 31 до 40 і від 41 до 50 років. Алкоголем зловживали 19 (21,8%) досліджуваних, без суттєвих розбіжностей за віком. Аналіз за статтю показав, що жінки рідше зловживають психоактивними речовинами ($p = 0,001$) та алкоголем ($p = 0,0001$).

Встановлено, що кількість хворих, які вживають психоактивні речовини і алкоголь, була значно вище, ніж серед групи порівняння (43,6% проти 28,1% відповідно) ($p < 0,05$), особливо у відношенні психоактивних речовин (в 6 разів).

Виявлено, що психоактивними речовинами частіше зловживали пацієнти з діагнозами шизофренічного спектру — 9 (64,3%), тоді як серед пацієнтів з захворюваннями афективного спектру таких осіб не було виявлено. Водночас, відмічалась тенденція до збільшення зловживання алкоголем у осіб, що страждають на афективні розлади.

Суїцидальні дії в анамнезі спостерігались у 7 (8,0%) досліджуваних, виключно у пацієнтів ($p = 0,035$). Переважну більшість пацієнтів з суїцидальними діями в анамнезі складали хворі з розладами шизофренічного спектру — 6 (85,7%).

В ході дослідження, були виявлені показники, що найбільше формують суїцидальний ризик досліджуваних. Отримані результати за опитувальником суїцидального ризику наведені у табл. 2.

За усіма субшкалами у більшості досліджуваних відмічались низькі, знижені та середні показники. У третини респондентів спостерігались підвищені і високі показники за субшкалами афективності та зламу культурних бар'єрів, а за субшкалою соціальний песимізм ці рівні показників зустрічались майже у 40% досліджуваних осіб. Водночас, відсутність тенденції до наявності тої чи іншої ознаки суїцидального ризику спостерігалась не більше як у 20% зі всіх досліджуваних, за виключенням субшкали максималізму (43,7%). Крім того, відсутність тенденції до суїцидального ризику за

Таблиця 2

Значення показників суїцидального ризику за даними опитувальника А.Г. Шмелева

Субшкали суїцидального ризику	Рівень показників					
	Тенденція відсутня n (%)	Низький n (%)	Знижений n (%)	Середній n (%)	Підвищений n (%)	Високий n (%)
Демонстративність	17 (19,5)	1 (1,1)	45 (51,7)	18 (20,7)	4 (4,6)	2 (2,3)
Афективність	6 (6,9)	15 (17,2)	18 (20,7)	19 (21,8)	14 (16,1)	15 (17,2)
Унікальність	15 (17,2)	-	52 (59,8)	15 (17,2)	3 (3,4)	2 (2,3)
Неспроможність	1 (1,1)	-	58 (66,7)	20 (23,0)	8 (9,2)	-
Соціальний песимізм	-	7 (8,0)	13 (14,9)	34 (39,1)	20 (23,0)	13 (14,9)
Злам культурних бар'єрів	14 (16,1)	-	50 (57,5)	-	18 (20,7)	5 (5,7)
Максималізм	38 (43,7)	-	-	34 (39,1)	-	15 (17,2)
Тимчасова перспектива	3 (3,4)	23 (26,4)	23 (26,4)	22 (25,3)	11 (12,6)	5 (5,7)
Антисуїцидальний фактор	11 (12,6)	-	-	44 (50,6)	-	32 (36,8)

субшкалою «тимчасової перспективи» була лише у 3,4% досліджуваних, за субшкалою «неспроможності» — у 1,1% та за субшкалою «соціального песимізму» взагалі не зустрічалась. 12,6% респондентів не мали факторів, що знижують суїцидальний ризик.

Отже, в усіх досліджених відмічалось зниження самооцінки та конструктивного планування майбутнього, а також очікування негативних вчинків з боку оточуючих.

Було проаналізовано скільки досліджених мали середній і вище рівень за субшкалами суїцидального ризику серед пацієнтів та працівників відділень. Отримані дані наведені в табл. 3.

Яквиднознаведенихданих, у пацієнтівна відміну від працівників відділень переважали більш високі бали за субшкалами «демонстративності» (36,4% проти 12,5%), «афективності» (67,3% проти 34,4%) та «унікальності» (30,9% проти 9,4% відповідно).

Таблиця 3

Суїцидальний ризик у осіб груп порівняння

Субшкали суїцидального ризику	Основна група n (%)	Група порівняння n (%)
Демонстративність	20 (36,4)	4 (12,5)
Афективність	37 (67,3)	11(34,4)
Унікальність	17 (30,9)	3 (9,4)
Неспроможність	20 (36,4)	8 (25,0)
Соціальний песимізм	22 (40,0)	11 (34,4)
Злам культурних бар'єрів	16 (29,1)	7 (21,9)
Максималізм	29 (52,7)	20 (62,5)
Тимчасова перспектива	24 (43,6)	14 (43,6)
Антисуїцидальний фактор	50 (90,9)	26 (81,3)

Це свідчить про більш виражене бажання пацієнтів привернути увагу до своїх труднощів, домінування у них емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації та недостатнє вміння використовувати власний і чужий досвід. Аналіз за статтю показав, що у жінок частіше спостерігається знижений рівень за субшкалою демонстративності у 27 (64,3%) осіб, тоді як у чоловіків знижений 18 (40%) і середній 15 (33,3%) ($p=0,026$).

В групі працівників відділень високий рівень фактора «максималізм» виявився значно більшим, ніж серед хворих (28,1% проти 10,9% відповідно). Цей фактор відображає максималізацію значимості найменшої втрати з одночасною мінімізацією значимості досягнень та свідчить про афективну фіксацію на невдачах. Таке явище повинно бути мішенню психокорекційної роботи з даними співробітниками.

Цікавим виявився факт високої частоти зустрічальності (43,6% в обох групах) високих рівнів фактору «тимчасова перспектива» в обох досліджуваних групах. Це свідчить про неможливість конструктивного планування майбутнього як у психічно хворих, так і у осіб, які з ними працюють.

Антисуїцидальний фактор відображає наявність у особи почуття відповідальності за близьких, почуття обов'язку, уявлень про гріховність самогубства і т. і. Важливим визначився факт того, що відсутність антисуїцидальних факторів виявилась лише у 9,1% пацієнтів, тоді як в групі працівників психіатричних відділень — у 18,8% осіб. Це свідчить про достатньо високий рівень суїциального ризику за цим фактором у осіб, що працюють з психічно хворими. Ця група медичного персоналу потребує значної уваги та проведення психокорекційної роботи.

Висновки.

1. Серед факторів суїцидального ризику у хворих на психічні розлади виявлено високі показники демонстративності та афективності, що свідчить про виражене бажання привернути увагу до своїх труднощів та домінування емоцій над інтелектуальним контролем в оцінці ситуації.
2. В обох групах досліджуваних виявлено майже однакові високі рівні зниження самооцінки та конструктивного планування майбутнього, а також очікування негативних вчинків з боку оточуючих.
3. Серед працівників відділень виявлено значно частішу зустрічальність високого рівня максималізму і афективної фіксації на невдачах.
4. Виявлено вдвічі вищу частоту високого рівня суїцидального ризику за рахунок

відсутності стримуючих факторів у осіб, що працюють з психічно хворими.

5. Отримані дані вказують на нагальну потребу розробки і впровадження реабілітаційних програм для зниження суїцидального ризику не лише для пацієнтів, а і для працівників психіатричних відділень, спрямованих на підвищення самооцінки, покращення міжособистісних взаємин, конструктивного планування майбутнього.

Акценти в таких програмах потрібно робити на формуванні більш зрілого реагування на психотравмуючі фактори, підвищення стресостійкості, виховної роботи з медичним персоналом для укріплення морально-етичних цінностей у якості антисуїцидальних факторів, а також для психічно хворих на посиленні заходів проти зловживання психоактивними речовинами.

Література.

1. Юрьева Л.Н. Суицидологическая ситуация в Украине: статистика и эпидемиология/ Л.Н. Юрьева, А.Е. Юрьев // Суицидология. — 2013 — №3(12) — С.70-76.
2. Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/ru/index.html (дата обращения: 12.09.2013).
3. Громико О.В. Проблема суїциду і суїцидальної поведінки в армійському середовищі/ О.В. Громико, Д.С. Семенова // Вісник Національного університету "Юридична академія України імені Ярослава Мудрого". Серія: Філософія — 2016. — № 4. — С.104-112.

УДК: 616.89-053.5-056.7:159.972

Емоційно-поведінкові розлади у дітей молодшого шкільного віку з пограничним когнітивним дефіцитом

Древіцька О.О.

УНДІ ССПН МОЗ України, м. Київ

Резюме.

Введение. Растет частота эмоционально-поведенческих расстройств (ЭПР) у детей младшего школьного возраста. При этом недостаточно исследована роль интеллекта в патогенезе эмоционально-поведенческих расстройств.

Цель. Изучить показатели интеллекта при ЭПР у детей младшего школьного возраста для разработки соответствующих принципов психологической коррекции и психопрофилактики.

Материал и методы. Обследовано 45 пациентов 7-10 лет с ЭПР в Центре психического здоровья. Интегративные показатели вербального и невербального интеллекта теста Векслера (WISC) предоставили возможность наблюдать ряд клинических проявлений ЭПР.

Результаты. Типичным для пациентов с ЭПР был пограничный когнитивный дефицит с уровнями интеллекта по WISC в пределах: вербального 75-85 и невербального 85-95. У детей с ЭПР наблюдались: сниженная самооценка и своеобразный психологический «замкнутый круг»: задержка когнитивного развития — сниженная самооценка — интрапсихические эмоциональные конфликты — нарушение поведения, невротические реакции, нежелание учиться — задержка когнитивного развития.

Понимание особенностей когнитивного функционирования у детей с ЭПР было важным для разработки и проведения специфических мер психологического сопровождения и оптимальной реабилитации с привлечением психологов, логопедов, родителей и учителей.

Выводы. Изучение интеллекта как фактора риска и модификации ЭПР у детей младшего школьного возраста способствует созданию системы соответствующей реабилитации и профилактики ЭПР.

Ключевые слова. Эмоционально-поведенческие расстройства, дети младшего школьного возраста, интеллект, пограничный когнитивный дефицит.

Features of medical and psychological rehabilitation of demobilized members of the antiterrorist operation with PTSD in sanatorium conditions

Drevitska O.O.

UNDI SSPN Ministry of Ukraine, Kyiv

Resume.

Introduction. The frequency of emotional-behavioral disorders (EBD) in children of primary school age is increasing. At the same time, the role of the intellect in the pathogenesis of emotional-behavioral disorders has not been sufficiently studied.

Goal. To study the intelligence at EBD in children of primary school age for the development of appropriate principles of psychological correction and psycho-prophylaxis.

Material and methods. A total of 45 patients aged 7-10 years with EBD at the Mental Health Center were examined. Integrative indicators of verbal and nonverbal intelligence by Wexler (WISC) provided an opportunity to observe a number of clinical manifestations of EBD.

Results. Typical for patients with EBD was a borderline cognitive deficiency with WISC intelligence levels within: verbal 75-85 and non-verbal 85-95. Children with EBD were observed: decreased self-esteem and a peculiar psychological «vicious circle»: delay in cognitive development — decreased self-esteem — intrapsychic emotional conflicts — behavioral disorders, neurotic reactions, unwillingness to learn — delay in cognitive development.

Understanding the peculiarities of cognitive functioning in children with EBD was important for developing and carrying out specific measures of psychological support and optimal rehabilitation with the involvement of psychologists, speech therapists, parents and teachers.

Conclusions. The study of intelligence as a risk factor and modification of EBD in children of primary school age contributes to the creation of a system of appropriate rehabilitation and prevention of EBD.

Keywords. Emotional-behavioral disorders, children of primary school age, intelligence, borderline cognitive deficits.

ВСТУП. Поширеність емоційно-поведінкових розладів (далі — ЕПР) у дітей молодшого шкільного віку диктує необхідність їх детального дослідження [1]. Це особливо актуально щодо періоду становлення стереотипу соціальної взаємодії дитини в молодшому шкільному віці [2-3]. При дослідженні ЕПР автори наукових робіт особливу увагу звертають на емоційну сферу та внутрішні психологічні конфлікти, на сімейну

взаємодію [2-4], однак результати досліджень показали суттєву роль пограничного когнітивного дефіциту при виникненні та розвитку ЕПР у дітей молодшого шкільного віку.

МЕТОЮ дослідження були показники інтелекту дітей молодшого шкільного віку з ЕПР для розробки відповідних заходів психологічної корекції та психопрофілактики.

МАТЕРІАЛ І МЕТОДИ. За тестом Векслера (WISC) [5] проведено дослідження рівня інтелекту 45 дітей 7-10 років (24 хлопчиків і 21 дівчинки), які лікувалися з приводу емоційно-поведінкових порушень у дитячому Центрі психічного здоров'я (далі — ЦПЗ), на базі ТМО «Психіатрія» м. Києва. За колірним тестом ставлення (КТС) Еткінда [6] досліджено самооцінку дітей, проведено бесіди з батьками.

РЕЗУЛЬТАТИ. Необхідність лікування дітей в ЦПЗ була зумовлена наявністю сімейної та шкільної дезадаптації пацієнтів. Основні діагнози були в рубриках: F90-93, а часті коморбідні діагнози — в рубриках: F95-98, F80-81. Оскільки показники інтелекту мають достатню надійність в їх прогностичній сутності, особливу увагу було звернено саме на них.

Обстеження дітей з тривалими ускладненими ЕПР, які лікувалися у ЦПЗ показало, що переважна їх більшість (понад 90%) мали показники інтелекту до 95 балів. Окремо проаналізовано показники вербального і невербального інтелекту дітей, які з приводу ЕПР лікувалися у ЦПЗ. Для цього було звернено увагу та обрано діапазон показників IQ за Векслером від 70 до 85 балів, з орієнтацією на інформацію, що представлена в науковій літературі: «при таких показниках у США хлопців не беруть на службу в армію», діти «не можуть якісно засвоїти програму середньої школи» [7]. Умовно такий діапазон було названо як «пограничний когнітивний дефіцит» (далі — ПКД).

Стан інтелекту суттєво відображався на клінічних проявах ЕПР у дітей. Саме діти з вербальним ПКД найчастіше мали емоційно-поведінкові порушення. Так вони на невербальному рівні проявляли несвідому компенсацію нездатності вербалізувати ті переживання, що їх тривожили. При дисоціації показників вербального-невербального інтелекту понад 10 балів у пацієнтів можна було спостерігати періодичні агресивно-протестні реакції — як своєрідну компенсацію їх недооціненості та недостатньої вербальної спроможності.

Отже, вербальний ПКД приводив до того, що оцінювання знань дитини було нижчим, ніж рівень невербального розуміння шкільного матеріалу, і це породжувало почуття образи, внутрішній протест, слугувало базисом для виникнення емоційно-поведінкових порушень. Самооцінка дітей з емоційно-поведінковими розладами була заниженою або полярною. Можна було спостерігати своєрідне «замкнене коло» у дітей з ПКД: затримка когнітивного розвитку — занижена самооцінка — інтрапсихічні

емоційні конфлікти — порушення поведінки, невротичні реакції, небажання вчитися — затримка когнітивного розвитку.

Клініко-психологічні особливості дітей з показниками інтелекту понад 85 балів були менш проблемними: ці діти швидко адаптувалися у ЦПЗ, прагли до контактів із психологами та лікарями, психологічна і психотерапевтична робота з ними мали хороший відгук і позитивні результати. Обстеження цієї підгрупи показали зменшення ролі біологічних факторів у походженні емоційно-поведінкових розладів, але збільшення — значимої для дитини психотравми. Частіше ці діти були пацієнтами амбулаторного прийому, рідко була необхідність їх стаціонарного лікування.

Виділення серед пацієнтів з ЕПР підгруп когнітивного функціонування було важливим для розробки і проведення специфічних заходів психологічного супроводу та оптимальної реабілітації. Залежно від наявності (відсутності) загального і вербального ПКД, відрізнялися підходи реабілітації дітей у аспектах задіяності фахівців логопедичного та психологічного профілю.

Як показала робота з батьками, вони мали хибні уявлення про ЕПР у дітей (частіше анозогнозію). Вони вважали дітей здоровими, але «з дуже поганою поведінкою», що проявлялася у школі, або вдома — коли мова торкалася навчання.

У підсумку слід зазначити значну роль когнітивної сфери при ППР, на що слід звернути особливу увагу шкільних психологів і педагогів, а також батьків, необхідно змінити ставлення батьків і вчителів до дітей із загальним і вербальним ПКД, створювати для них сприятливі умови перебування у школі, що відповідали б рівню їх здібностей, оцінювати результати засвоєння предметів такими дітьми за їх особистими успіхами, без порівняння з іншими.

ВИСНОВКИ. У більшості дітей з емоційно-поведінковими розладами, які лікувалися у Центрі психічного здоров'я, спостерігався пограничний когнітивний дефіцит з рівнем вербального інтелекту 75-85 балів і рівнем невербального інтелекту 85-95 балів.

Дослідження рівня когнітивного функціонування у дітей з емоційно-поведінковими розладами становить основу розуміння своєрідного психологічного «замкненого кола» щодо розладів у цих дітей, неусвідомлених мотивів їх поведінкових розладів і принципів реабілітації за допомогою психологів, логопедів, педагогів і батьків.

Література.

1. Мешков В. М. Деякі регіональні особливості стану психічного здоров'я дітей київського регіону / В. М. Мешков // Психічне здоров'я. — 2012. — № 3 (36). — С. 93-103.
2. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс: психосоматические и сомато-психические расстройства у детей / Д. Н. Исаев— СПб.: Речь, 2005. — 400 с.
3. Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия / А. И. Захаров — СПб: Союз, 2000 — 336 с.
4. Шалимов Валерий Федорович Медико-социальная помощь детям младшего школьного возраста с пограничными психическими расстройствами: дис. ... докт. мед. наук: спец 14.00.18 — Психиатрия. — / В. Ф. Шалимов— М., 2007 — 356 с.
5. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера (WISC) [Електронний ресурс] / А. Ю. Панасюк— М., 1973. — Режим доступу: <http://psylab.info/> Тест_Векслера
6. Эткинд А. М. Цветовой тест отношений и его применение в исследовании больных неврозами / А. М. Эткинд // Социально-психологические исследования. — 1980. — № 1. — с. 110-114.
7. Интеллект. Большая психологическая энциклопедия. — Режим доступу: [http:// psychology.academic.ru/814](http://psychology.academic.ru/814)

УДК : 616.895.8-06:616.89-008.19-008.15]-085.851-085.214.2

Порушення емоційного інтелекту у хворих на шизофренію

Коваль М. І.

НМАПО імені П.Л.Шупика, кафедра Психіатрії, психотерапії та медичної психології, м. Київ

Резюме. В статті представлені результати изучения емоціонального інтелекту у мужчин, которые страдають на шизофренію, і в клінічній картині которых домінує галюцинаторно-параноїдний синдром.

Ключевые слова: емоціональний інтелект, шизофренія, галюцинаторно-параноїдний синдром, соціальне функціонування.

Impairment of emotional intelligence in patients with schizophrenia

Koval M.I.

Summary. The article presents the results of a study of emotional intelligence in men who suffered on paranoid schizophrenia with prevailed of paranoid hallucinatory syndrome.

Key words: emotional intelligence, schizophrenia, paranoid hallucinatory syndrome, social functioning.

Шизофренія залишається однією з найбільш актуальних проблем сучасної психіатрії. В численних дослідженнях доведено, що основними характеристиками шизофренії являються нейрокогнітивний дефіцит та порушення соціального функціонування.

Однією із базових теорій психіатрії являється біологічна парадигма, відповідно до якої виникнення психічних розладів пов'язано з генетичним впливом, ушкодженнями нервової системи, порушенням обміну нейромедіаторів і нейроендокринними змінами. В якості переважаної симптоматики розглядались негативні та позитивні симптоми. Лікування було спрямоване на фармакологічну корекцію психологічних порушень. Проте усунення гострого стану не вирішує проблеми інтеграції пацієнта в соціум. На думку багатьох авторів [5,6], покращення в соціальному функціонуванні не можуть відбуватися виключно внаслідок досягнення контролю над психотичною симптоматикою.

Сучасна парадигма психіатрії базується на визнанні біопсихосоціальної сутності природи людини та її психічних захворювань (Liberman et al. 1986, Нуллер Ю.Л., 1998)[1], відповідно до якої передбачається, що стресори з навколишнього середовища запускають прояви клінічних симптомів в уразливих особистостях (діатез-стресова модель). Тому спочатку акцент досліджень змінився у напрямку вивчення значимості порушень когнітивної сфери для розуміння генезу психозу та динаміки стану в процесі захворювання. Проте моделі когнітивного дефіциту також не в повній мірі відображають специфіку шизофренії, відзначену Блейлером в його ідеї аутистичного мислення. Середній рівень інтелекту необхідний, проте його недостатньо

для емоційної та соціальної адаптованості індивідуума до оточення[2].

Дослідницький фокус поступово став змінюватися, і особливу зацікавленість науковці стали проявляти до порушень саме соціального пізнання як відображаючого специфіку шизофренії [3].

На зміну концепціям, що описували когнітивні дефіцити, прийшли ідеї про порушення соціального пізнання хворих на шизофренію [4]. Спочатку вони розцінювались як один з аспектів загального дефіциту когнітивних здібностей, з часом стали розцінюватися як окремий вид порушень, маючий особливе значення для шизофренічного процесу. Сформувалось направлення досліджень, що використовували для описання порушень соціального пізнання у хворих на шизофренію численні моделі (Ф.Е. Вернон, Дж. Гілфорд, М. Салліван, М.Хендрікс, У. Мішель, P.I. Pirgio, Д.В. Ушаков, А.І.Савенков та ін.). Було сформовано поняття « соціальних когнітивних функцій », що характеризувалося як ряд аспектів пізнавальної (когнітивної) сфери, які включають отримання інформації, її інтерпретацію та формування відповіді на наміри, погляди, поведінку інших людей та лежать в основі соціальної взаємодії[7].

Окремою ланкою досліджень виділився емоційний інтелект. Вперше термін емоційний інтелект ввели Д. Мейер та П. Саловей в 1990 р. Самі автори розглядають емоційний інтелект як підструктуру соціального інтелекту, яка включає здібність відслідковувати власні й чужі відчуття та емоції, розрізняти їх та використовувати цю інформацію для цілеспрямованості мислення та дій. Емоційний інтелект тісно пов'язаний з когнітивними здібностями[12, 13].

В 2002 році було створено стандартизований тест визначення емоційного інтелекту MSCEIT (Mayer, Salovey, Caruso, 2002). Методика складається з 8 секцій:

- 1) сприйняття, оцінка та вираження емоцій, чи ідентифікація емоцій — секція А (сприйняття обличчя) та Е (сприйняття картинок);
- 2) використання емоцій для підвищення ефективності мислення та діяльності — секції В (здатність асимілювати свій поточний досвід, описувати свої відчуття щодо певної людини) та F (здатність людини описувати свої емоційні стани);
- 3) розуміння та аналіз емоцій — секції С (розуміння протікання емоцій в часі, а також розуміння того, як емоції слідує одна за одною, змінюють одна одну) та G (здатність відрізняти змішані та складні відчуття);
- 4) свідоме керування емоціями для особистісного росту та покращення міжособистісних відносин — секції D (керування власними емоціями) та H (керування емоціями інших людей).

Деякі автори стверджують, що здатність правильно розпізнавати емоції та розуміти наміри іншого в більшій мірі впливають на поведінку пацієнта, ніж психопатологічна симптоматика та нейрокогнітивний дефіцит. Без сумніву, низький рівень емоційного інтелекту пов'язаний з порушенням соціального функціонування та соціальною дезадаптацією.

Матеріали та методи.

В дослідженні прийняли участь 54 пацієнти віком від 18 до 47 років з встановленим діагнозом «Шизофренія, параноїдна форма», згідно МКХ-10, з переважанням галюцинаторно-параноїдної симптоматики, та тривалість захворювання яких не перевищувала 7-ми років. Пацієнти знаходились на стаціонарному лікуванні в ТМО «ПСИХІАТРІЯ» у місті Києві та отримували фармакотерапію згідно клінічних протоколів надання допомоги пацієнтам з психічними та поведінковими розладами. Всі пацієнти були

ознайомлені з інформаційною згодою на проведення дослідження. Критерії виключення стали: наявність тяжких соматичних хвороб, наявність супутніх розладів психіки та поведінки внаслідок вживання алкоголю чи наркотичних речовин, наявність органічної патології головного мозку, наявність вираженої екстрапірамідної симптоматики. В ході дослідження пацієнти були розділені на 3 групи в залежності від тривалості захворювання — група до 3-х років, від 3 до 5 років, 5-7 років. Дане дослідження проводилося з використанням психодігностичної методики визначення рівня емоційного інтелекту (MSCEIT). Дані результатів оцінки якості життя і соціального функціонування приведені в табл 1.

Результати та обговорення.

В сучасних наукових дослідженнях доведено, що шкала розуміння та аналізу емоцій у хворих на шизофренію страждає в найбільшій мірі. Розуміння та аналіз емоцій включає в себе здатність бачити різницю між відмінними по найменуванню, але близькими по значенню емоціями, здатність розпізнавати різку зміну емоцій та розуміння причинно-наслідкових зв'язків зміни цих емоцій, а також здатність розуміти комплексні відчуття. Результати нашого дослідження підтверджують цей факт — ми бачимо найнижчий рівень в ланці розуміння емоцій. Проте привертає увагу збільшення показників даної ланки у групі пацієнтів, тривалість захворювання яких варіює в межах від 3-х до 5-ти років. Слід відмітити, що показники ланки свідомого керування емоціями та використання емоцій для підвищення ефективності мислення та діяльності також має тенденцію в бік зростання в даній групі пацієнтів. Ми можемо припустити, що дане явище пов'язане з етапами розвитку шизофренії. В період, коли тривалість захворювання не перевищує 3-х років (в нашому випадку), пацієнти більш сконцентровані на власних переживаннях, пов'язаних зі зміною власного «Я» та навколишнього світу. Про це свідчить найвищий показник в ланці ідентифікації емоцій.

Таблиця 1.

Результати оцінки якості життя і соціального функціонування

		Група 1 (до 3р.). N=12 %	Група 2 (3-5 р.). N=16 %	Група 3 (5-7 р.). N=26 %
Сімейний стан	одружений	25	12,5	5
	неодружений	75	87,5	95
Освіта	середня	75	31,25	62,5
	вища	25	68,75	37,5
Працездатність	працює	33	25	8,53
	не працює	66	75	91,6
	інвалід	33	62,5	79,16
	не інвалід	66	37,5	20,8

Таблиця 2.

Рівень емоційного інтелекту у хворих на шизофренію

	Ідентифікація емоцій	Використання емоцій для вирішення проблем	Розуміння та аналіз емоцій	Свідоме керування емоціями	Загальний бал
Група 1	99,09	89,05	76	79,2	80
Група 2	97,68	95,42	84,85	93,37	89,71
Група 3	95,25	86,16	70,75	89,29	77,5

Саме здібність ідентифікувати емоцію в фізичних станах, відчуттях та думках є найбільшою потребою пацієнта на даному етапі. Період тривалості захворювання від 3-х до 5-ти років, скоріше всього, пов'язаний з періодом «кристалізації» маячення, коли пацієнт розуміє, що він головний герой, що ради нього відбуваються всі ці дивовижні зміни та, не залежно від змісту маячення, приходить розуміння, що люди можуть нести небезпеку. Цей факт змушує пацієнта

звернути увагу на оточуючих. В подальшому, поступове наростання апато-абулічного дефекту призводить до враження всіх ланок емоційного інтелекту. Подальше детальне вивчення емоційного інтелекту у хворих на шизофренію може значно розширити уявлення про захворювання та методи реабілітації з метою покращення соціального функціонування хворих. Можливо, незбалансованість вибірки по статі має вплив на результати дослідження.

Література:

1. Катан Е.А. Психопатологический профиль приступообразно-прогредиентной параноидной шизофрении и его влияние на социальное функционирование больных : автореф. дис. канд. мед. наук : спец. 14.00.18 / Евгения Александровна Катан ; «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» — Оренбург, 2007 — 1с.
2. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера-Сэловея-Карузо (MSCEITV2.0) // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 6(8).
3. Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении // Психологические исследования : электрон. науч. журн. 2013. Т. 6, № 28. С. 11.
4. Рычкова О. В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией автореф. дис. докт. психол. наук : спец. 19.00.04/ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии». — М, 2014
5. Carter C.S. Understanding the glass ceiling for functional outcome in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 356–358.
6. Heydebrand G., Weiser M., Rabinowitz J. et al. Correlates of cognitive deficits in first episode schizophrenia // Schizophr. Res. 2004. Vol. 68. P. 1–9.
7. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // к.мед.н. : ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»// журнал «Социальная и клиническая психиатрия», 2009 год, №4, стр. 92-104
8. Mayer J., Caruso D., Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence // Intelligence. 1999. № 27. P. 267–298.
9. Mayer J., Salovey P., Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // Psychological Inquiry. 2004. № 15. P. 197–215. 14.

УДК 616.892+616.89-02:615.212-079.4-08

Особливості больової чутливості у хворих на депресивні розлади з суїцидальною поведінкою

Лінський І.В., Кузьмінов В.Н., Ткаченко Т.В.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Резюме. Исследовано особенности болевой чувствительности у пациентов с депрессивными расстройствами в зависимости от наличия суицидальной активности. Установлено, что сочетание повышенных порогов болевой чувствительности: нижнего порога до > 10 у.е. и верхнего до > 15 у.е. со средним уровнем депрессии (25-33 баллов по шкале Hamilton) является информативным маркером наличия суицидальных тенденций у больных с депрессивным эпизодом и рекуррентным депрессивным расстройством. Эти данные можно использовать для диагностики и профилактики суицидального поведения у больных этой нозологической группы.

Ключевые слова: порог болевой чувствительности, депрессивное расстройство, суицид.

Pain sensitivity in patients with depressive disorder with suicidal behavior

Linskiy I.V., Kuzminov V.N., Tkachenko T.V.

SI «Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of NAMS of Ukraine», Kharkiv

Summary. Notions are analysed of articles: antipsychiatric moods of the population, as social phenomenon and sthygmatisation of patients, as clinical phenomenon. Discussed of possible directions of removal these phenomenas in public consciousness and desthygmatisation of patients.

Key words: antipsychiatric moods of the population, sthygma, sthygmatisation, desthygmatisation.

Вступ

Самогубство є глобальною проблемою сучасного суспільства. Щороку від самогубств вмирають понад 800 000 осіб. У 2012 р. самогубства склали 1,4 % смертей у світі, займавши 15-е місце серед усіх причин смерті [1].

Відомо, що «сторожовим псом» інстинкту самозбереження є відчуття болю. Не дивлячись на очевидність цієї тези, досліджень, присвячених систематичному вивченню ролі больової чутливості в механізмах реалізації аутоагресивної поведінки практично немає.

У ряді досліджень показано наявність більш високого больового порогу у осіб з самошкодуючою несуйцидальною поведінкою, ніж без неї [2]. При цьому ризик суїцидальної поведінки у цих осіб позитивно корелює з частотою та кількістю різних методів здійснення самошкодження несуйцидального характеру та більш низьким рівнем суб'єктивного відчуття болю.

Дослідження особливостей сприйняття болю у осіб після скоєння суїцидальної спроби та осіб, які потрапили до лікарні після дорожньо-транспортної пригоди, показало, що у осіб з аутоагресивною спрямованістю спостерігається більш високий поріг больової чутливості на фоні більш низьких показників психологічної витривалості [3].

За результатами дослідження, в якому приймали участь хворі на психічні розлади з суїцидальною поведінкою та без її наявності, а також група здорових осіб, суїцидальні індивідууми мають більш високий поріг больової

чутливості та оцінюють біль менш інтенсивною, ніж несуйцидальні особи незалежно від діагнозу, тривалості захворювання та госпіталізації. Ці результати автори пояснюють як результат диссоціативних процесів невід'ємних у розвитку аутоагресивної поведінки [4].

Депресивні розлади є одним з найнебезпечніших станів щодо скоєння суїциду. Досліджень стосовно порогів больової чутливості у хворих на депресію в літературі небагато, і їх результати суперечливі. Однією з найчастіше описуваних особливостей депресії є підвищена уразливість до болю, а хронічний біль часто супроводжується симптомами депресії [5]. На відміну від цього, більш високий поріг больової чутливості до експериментального болю був описаний при тяжких формах депресивного розладу [6]. Фізіологічна основа цього феномену ще недостатньо вивчена.

Тому актуальним є дослідження особливостей сприйняття болю хворими на депресивні розлади в залежності від наявності суїцидальної активності та вивчення ролі больової чутливості в механізмах реалізації аутоагресивної поведінки, що і стало метою цього дослідження.

Матеріал та методи дослідження

Нами було обстежено 54 особи жіночої статі, хворих на депресивний епізод та рекуррентний депресивний розлад (діагнози: F32, F33 згідно МКХ-10). З них група «А» (27 осіб) — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби за 2–5 діб до моменту обстеження, група «Б»

(27 осіб) — хворі без ознак суїцидальної активності. Методи дослідження: клініко-психопатологічний (тяжкість депресії оцінювалася з використанням шкали Гамільтона), тензоалгометрія (Спосіб кількісної оцінки індивідуальних больових порогів / Невидимова Т.І., Бохан Н.А., Коконова Д.Н. // патент RU 2342063).

Отримані результати та їх обговорення

Середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтон та порогів больової чутливості в групах порівняння подано у табл. 1.

Як можна бачити середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтон в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (група «А») є трохи вищими (в 1,18 рази при $p < 0,05$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності (група «Б»). При цьому, нижній та верхній больові порогові в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби також були вищими (в 1,40 рази та 1,19 рази відповідно при

$p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності. Це спостереження добре узгоджується з відомими даними про те, що ускладнена суїцидальною активністю депресія супроводжується зменшенням больових порогів, а ускладнена — їхнім зростанням. Щодо різниці між верхнім та нижнім больовими порогами, то в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби вона була навпаки в 1,39 рази нижчою ($p < 0,0001$), ніж в групі хворих без ознак суїцидальної активності.

З метою визначення характеру взаємозалежності рівня депресії та больових порогів було проведено кореляційний та регресійний аналіз цих зв'язків в досліджуваних групах (рис. 1).

Було встановлено, що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби, рівень депресії прямо корелює з величиною больового порогу ($r_{xy} = +0,60$), при цьому зростання рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжується зростанням нижнього больового

Таблиця 1

Середні значення рівня депресії за шкалою Гамільтон та порогів больової чутливості в групах порівняння

Ознака	Значення ознак						p ¹⁾
	Група «А» ²⁾			Група «Б» ²⁾			
	Мін	Макс	Середня 3)	Мін	Макс	Середня 3)	
Рівень депресії (за Hamilton), балів	23	31	27,72±0,49	14	40	23,42±1,53	<0,05
Нижній БП 2), ум. од.	10	15	12,52±0,25	6	11	8,93±0,26	<0,0001
Верхній БП 2) , ум. од.	13	19	16,63±0,29	13	17	14,63±0,23	<0,0001
Δ БП 2) , ум. од.	2	6	4,11±0,20	3	7	5,70±0,23	<0,0001

Примітки: ¹⁾ — Достовірність відмінностей між групами порівняння. ²⁾ — Скорочення: група «А» — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби; група «Б» — хворі без ознак суїцидальної активності; ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності Кульбака; «Нижній БП» — нижній больовий поріг; «Верхній БП» — верхній больовий поріг; Δ БП — різниця між верхнім та нижнім больовими порогами. ³⁾ — Значення подано у форматі «Серед. арифметична ± стандартна похибка серед. арифм.» ($M \pm m$).

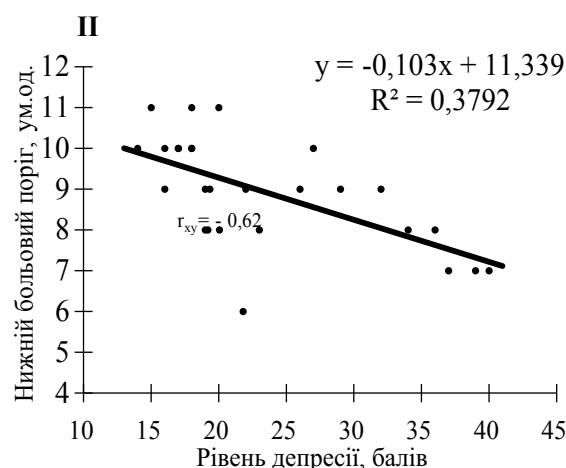
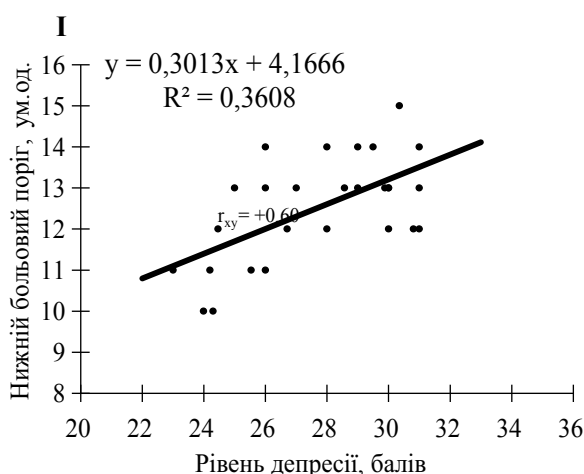


Рис. 1

Регресійна залежність нижніх порогів больового сприйняття від рівня депресії за шкалою Гамільтон в групах хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (I) та хворих без ознак суїцидальної активності (II)

порогу на 0,301 ум. од. На відміну від цього, в групі хворих без ознак суїцидальної активності кореляція рівня депресії з величиною больового порогу була зворотною ($r_{xy} = -0,62$), при цьому зростання рівня депресії за шкалою Гамільтон на 1 бал супроводжувалось зменшенням нижнього больового порогу на 0,103 ум. од. (рис. 1).

Результати наведених вище досліджень створили необхідні передумови для практичного використання знайдених відмінностей з метою ідентифікації суїцидонебезпечних станів у хворих з депресіями за допомогою строго формальної діагностичної послідовної процедури Вальда.

З цією метою було проведено ретельний, подіапазонний аналіз розподілів пацієнтів різних груп порівняння за рівнями депресії за шкалою Гамільтон та порогів больової чутливості (рис. 2).

В результаті було, зокрема, встановлено (рис. 2), що в групі хворих, що скоїли незавершені суїцидальні спроби (група «А») немає осіб з рівнем депресії менше 23 балів або більше 31 балу, в той час як в групі хворих без ознак суїцидальної активності (група «Б») спектр рівнів вираженості депресії значно ширший — від 15 балів до 40 балів.

Аналогічним чином, межею максимальних відмінностей груп «А» й «Б» за показниками нижнього больового порогу є величина 10 ум. од., за показниками верхнього больового порогу — величина 15 ум.од і, нарешті, за показниками різниці між верхнім та нижнім больовими порогамі — величина 5 ум.од.

Ідентифікація межових значень параметрів — ознак, про які йдеться, дозволили визначити кількість осіб — носіїв цих ознак, співвідношення частот носійства цих ознак в групах порівняння і, як наслідок (табл. 2) — відповідні діагностичні коефіцієнти (ДК) та міри інформативності Кульбака (МІ).

Як можна бачити (табл. 2) найбільш інформативним маркером наявності суїцидальної активності у хворих на депресивний епізод та рекурентний депресивний розлад (F32, F33) є нижній поріг больової чутливості >10 ум.од. (ДК= -9,21 ; МІ= 3,75); за яким в порядку зменшення інформативності слідують: рівень депресії: 25–33 балів (ДК= -7,96 ; МІ= 3,10); верхній поріг больової чутливості >15 ум.од. (ДК= -6,43; МІ= 2,03); а також різниця між верхнім та нижнім больовими порогамі ≤ 5 ум.од. (ДК=-3,98 ; МІ=1,11).

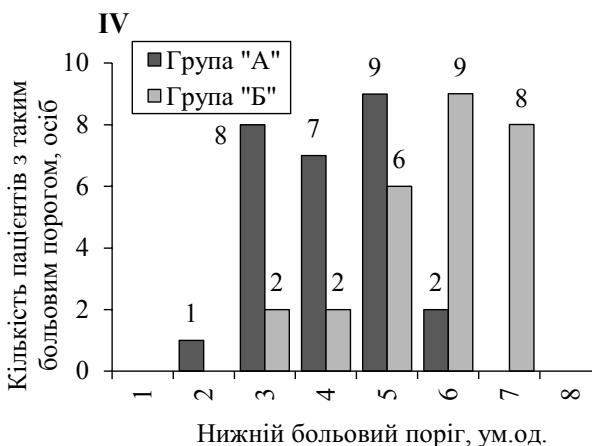
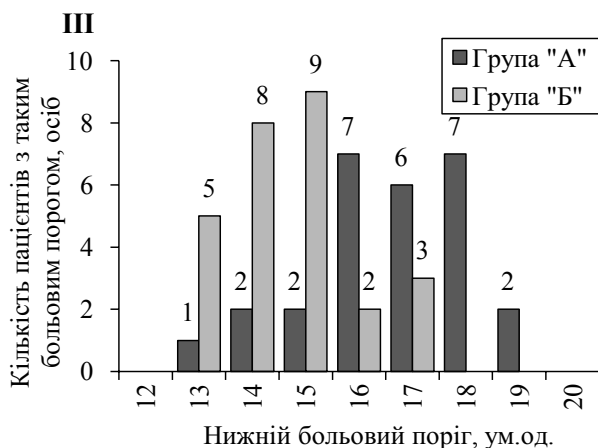
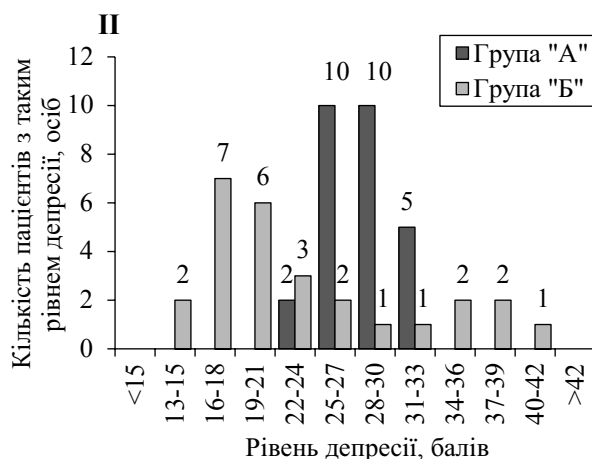
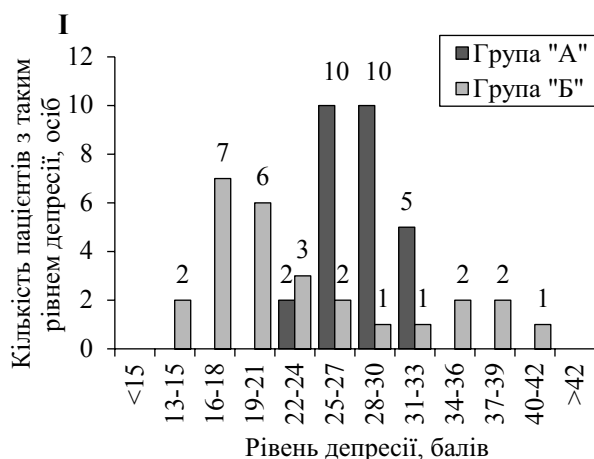


Рис. 2

Розподіл хворих груп порівняння за рівнями депресії (I) та порогамі больової чутливості; нижнього (II), верхнього (III) та різниці між ними (IV)

Таблиця 2

Рівень депресії (за Hamilton) та пороги больової чутливості, як маркери наявності-відсутності суїцидальної активності (в порядку зменшення інформативності)

Ознака: діапазон ознаки	Кількість носіїв ознак, осіб		p ¹⁾	Частоти ознак в групах		Співвідношення «Б/А»	ДК ²⁾	МІ ²⁾
	Група «А» ²⁾	Група «Б» ²⁾		Група «А» ²⁾	Група «Б» ²⁾			
Маркери наявності суїцидальної активності								
Нижній БП 2): >10 ум.од.	25	3	<0,0001	0,9259	0,1111	0,12	-9,21	3,75
Рівень депресії: 25-33 балів	25	4	<0,0001	0,9259	0,1481	0,16	-7,96	3,10
Верхній БП 2): >15 ум.од.	22	5	<0,0001	0,8148	0,1852	0,23	-6,43	2,03
Δ БП 2): ≤5 ум.од.	25	10	<0,0001	0,9259	0,3704	0,40	-3,98	1,11
Маркери відсутності суїцидальної активності								
Нижній БП 2): ≤10 ум.од.	2	24	<0,0001	0,0741	0,8889	12,00	10,79	4,40
Рівень депресії: ≤24 балів	2	18	<0,0001	0,0741	0,6667	9,00	9,54	2,83
Δ БП 2): >5 ум.од.	2	17	<0,0001	0,0741	0,6296	8,50	9,29	2,58
Верхній БП 2): ≤15 ум.од.	5	22	<0,0001	0,1852	0,8148	4,40	6,43	2,03
Рівень депресії: >33 балів	0	5	0,0255	0,0370	0,1852	5,00	6,99	0,52
Примітки: ¹⁾ — Достовірність відмінностей в частотах розрахована точним методом Фішера (ТМФ). ²⁾ — Скорочення: група «А» — хворі, що скоїли незавершені суїцидальні спроби; група «Б» — хворі без ознак суїцидальної активності; ДК — діагностичний коефіцієнт; МІ — міра інформативності Кульбака; «Нижній БП» — нижній больовий поріг; «Верхній БП» — верхній больовий поріг; Δ БП — різниця між верхнім та нижнім больовими порогам.								

Висновки

Показано, що важливою складовою психофізіологічних механізмів формування суїцидальної поведінки є розлади больової чутливості, а саме збільшення порогів сприйняття болі. Встановлено, що поєднання збільшених порогів больової чутливості: нижнього порогу до >10 ум.од. та верхнього до >15 ум.од. з

середнім рівнем депресії (25-33 балів за шкалою Hamilton) є інформативним маркером наявності суїцидальних тенденцій у хворих з депресивним епізодом та рекурентним депресивним розладом. Ці дані можна використовувати для діагностики та профілактики суїцидальної поведінки у хворих цієї нозологічної групи.

Література:

1. Предотвращение самоубийств: глобальный императив. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — 2014. — Женева. — 98 с. — Режим доступа: http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention.
2. Ammerman B.A. Subjective pain during non-suicidal self-injury as an active agent in suicide risk [Electronic Resource] / B.A. Ammerman, T.A. Burke, L.B. Alloy at al. // Psychiatry Res. — 2016. Vol. 236. — P. 80 — 85.
3. Orbach I. Perception of physical pain in accident and suicide attempt patients: Self-preservation vs self-destruction [Text] / I. Orbach, D. Stein, Y. Palgi at al. // Journal of Psychiatric Research. — Vol. 30(4). — 1996. P. 307 — 320.
4. Orbach I. Tolerance for physical pain in suicidal subjects [Text] / I. Orbach, D. Stein, Y. Palgi at al. // Death Studies. — Vol. 20(4). — 1996. P. 327 — 341
5. Marazziti D., Castrogiovanni P., Rossi A., Rosa C., Ghione S., Di Muro A., Panattoni E., Cassano G.B. Pain threshold is reduced in depression. // Inter. J. Neuropsychopharmacology- 1998.- Vol. 1, N. 1.- P. 45-48
6. Dickens C. Impact of depression on experimental pain perception: a systematic review of the literature with meta-analysis [Text] / C. Dickens, L. McGowan, S. Dale // Psychosomatic Medicine — 2003. — Vol. 65(3). — P. 369 — 375.

УДК: 612.176:616.89-008.613.648:621.039.586:616-001.28+616.895+615.322

Психоневрологічна допомога постраждалим внаслідок військових дій на сході України

К.М. Логановський¹, О.К. Напрєєнко², Н.А. Зданевич¹,
Т.К. Логановська¹, Н.Ю. Напрєєнко², М.В. Греско¹

¹ Державна установа «Національний науковий центр радіаційної медицини НАМН України», Київ, Україна;

² Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

Резюме. ОЦелью работы было на основании психолого-нейропсихиатрического обследования участников АТО и собственном 30-летнем опыте преодоления медико-социальных последствий Чернобыльской катастрофы, а также результатов нейропсихиатрических исследований ветеранов локальных войн предложить научно обоснованные подходы к организации охраны психического здоровья участников антитеррористической операции (АТО), беженцев и мигрантов из Донбасса. Комплексное психолого-нейропсихиатрическое обследование проведено 54 участникам АТО и 104 пациентам групп сравнения и контроля. Подобная помощь пострадавшим вследствие военных действий на Востоке Украины предполагает: добровольность (свободу) выбора риска волонтеров и комбатантов; жесткий профессиональный отбор тех, кто предоставляет помощь; адекватную информационную политику, предупреждение паники среди населения и военных подразделений; формирование и использование психолого-психиатрических бригад для оказания помощи данному контингенту пострадавших; психопрофилактическую, санитарно-гигиеническую и образовательную деятельность; формування та використання психолого-психіатричних бригад для допомоги даному контингенту постраждалих; психопрофілактичну, санітарно-гігієнічну та просвітню роботу з такими людьми і їх значимим мікросоціальним оточенням; контроль над употреблением психоактивных веществ; мониторинг психического состояния бойцов и переселенцев; максимальное приближение психолого-психиатрической помощи к театру боевых действий и переселенцам; привлечение к этой работе религиозных и общественных организаций, волонтеров; создание сети кризисных и психореабилитационных центров, а также меведомственного психолого-психиатрического пространства; создание научно-практических подразделений для экстренной психолого-психиатрической помощи в структуре многопрофильных больниц / научных центров и институтов; обеспечение санаторно-курортного лечения и психореабилитации таких лиц.

Ключевые слова: Донбасс, антитеррористическая операция, комбатанты, вынужденные переселенцы, охрана психического здоровья

Psychoneurological medical care for victims of military conflict in eastern Ukraine

K.N. Loganovsky, O.K. Napryeyenko, T.K. Loganovskaja,
N.Yu. Napryeyenko, N.A. Zdanovich, M.V. Gresko

Summary. The goal was to justify the scientific and organizational approaches to the mental health care of antiterrorist operation (ATO) participants, refugees and migrants from Donbas on the base of psychological and neuropsychiatric examinations of ATO participants and own 30-years' experience of health and social consequences of the Chernobyl disaster overcoming and the results of neuropsychiatric studies of veterans of local wars. Complex psychological and neuropsychiatric examination was carried out for 54 participants ATO, comparison groups and control. Mental health care of the ATO participants, refugees and migrants from Donbas should include: voluntary (free) risk selection; hard professional selection; adequate information policy; warning panic; the formation of psychological and psychiatric teams; psychoprophylactic, sanitary and educational activities; control of the use of psychoactive substances; fighters and displaced persons mental state monitoring; the maximal approach of psychological and psychiatric care for the theater of hostilities and migrants; involvement of religious and community organizations, volunteers; creation of a network of crisis and psychorehabilitation centers, and unified interdepartmental psychological and mental space; in the structure of general hospitals / research centers and institutions, the creation of scientific and practical units for emergency psychological and psychiatric care (crisis center), and neuropsychiatric psychorehabilitation units; provision of spa treatment and psychorehabilitation.

Key words: Donbass, antiterrorist operation, combatants, refugees, migrants, mental health care.

Вступ

Негативний вплив військової ситуації на психіку комбатантів і мирного населення, з яких формуються контингенти біженців, мігрантів, полонених, заручників, мешканців окупованих територій, є незаперечним. Війна призводить до радикальних змін усього укладу життя — час відмірюється від «до війни» та «після війни». Зрушення в психічній сфері, спричинені війною, суттєво залежать від соціально-політичного устрою суспільства. Так, у «Досвіді радянської

медицини у Великій вітчизняній війні 1941–1945 рр.» [1] стверджується, що «...Висока свідомість і справжній патріотизм радянського бійця зумовили значне загальне зниження неврозів в армії і виключно сприятливий перебіг невротичних захворювань...» [1, с. 22]. Насправді, це було суто радянською пропагандою. За доказовими даними, порушення психічного здоров'я і асоційовані з ними психосоматичні розлади в учасників збройного конфлікту є величезним медико-соціальним тягарем надзвичайної

ситуації та насильства у будь-якому суспільстві [2,3]. Одною з найтяжчих і поширених форм психпатології в постраждалих внаслідок військових дій є посттравматичний стресовий розлад (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD), який в людей загальної популяції спостерігається у 0,3–6,1% випадків, а в осіб, що втягнуті у вищезазначений конфлікт — у 15,4% [3,4].

Психічне здоров'я (духовне або душевне, іноді — ментальне здоров'я) — згідно з визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), це стан благополуччя, при якому людина може реалізувати свій власний потенціал, справлятися зі звичайними життєвими стресами, продуктивно і плідно працювати, а також вносити вклад в життя своєї спільноти [5]. У цьому позитивному сенсі психічне здоров'я є основою благополуччя і ефективного функціонування для людини і суспільства. Стан психічного здоров'я населення залежить і, водночас, істотно впливає на фізичне здоров'я і соціально-економічний стан у держави.

Психотравматичні наслідки надзвичайних ситуацій були описані ще з часів громадянської війни в США (1861–1865) у вигляді психологічних і психосоматичних негативних наслідків. При цьому описані депресія; залежність від психоактивних речовин; тривога, пов'язана зі здоров'ям; пізніше — PTSD; незрозумілі з медичної точки зору симптоми [6].

Військовий конфлікт на Донбасі драматично і довготривало погіршував і продовжує негативно впливати на стан психічного і фізичного здоров'я учасників антитерористичної операції (АТО), мирного населення, біженців та мігрантів [7–14]. Головними очікуваними психолого-психіатричними наслідками цієї гібридної війни є пов'язані зі стресом розлади (у тому числі гостра реакція на стрес, PTSD, розлади адаптації), депресія, тривога, зловживання психоактивними речовинами, суїциди, психосоматичні розлади, що трансформуватимуться до органічної патології, коморбідна патологія, а також загострення існуючих психічних та фізичних хвороб.

На території Донбасу, яка зараз окупована, до війни проживало біля 3,8 млн людей. Зараз в Україні нараховується близько 1,8 млн внутрішньо переміщених осіб (біженців та мігрантів). Більше 100 тис бійців приймають участь в АТО. Для цих осіб та й усього українського суспільства масштабами впливу обставини війни на Сході країни, а для значної кількості й тимчасової анексії АР Крим подібна Чорнобильській катастрофі. Все це потребує комплексного біопсихосоціального підходу з вирішенням соціальних, психолого-психіатричних, наркологічних і соматоневрологічних проблем і урахуванням набутого досвіду.

Метою роботи було на підставі психолого-нейропсихіатричного обстеження учасників АТО і власному майже 30-річному досвіді подолання медико-соціальних наслідків Чорнобильської катастрофи, а також результатах нейропсихіатричних досліджень ветеранів війни в Афганістані та інших збройних конфліктів обґрунтувати науково-організаційні підходи до охорони психічного здоров'я учасників АТО, біженців та мігрантів з Донбасу.

Матеріал і методи дослідження

У січні 2015 — травні 2016 років у відділі та відділенні радіаційної психоневрології Державної установи «Національний науковий центр радіаційної медицини Національної академії медичних наук» (ННЦРМ) та спеціалістами кафедри психіатрії та наркології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця було надано стаціонарну психолого-психоневрологічну допомогу випадковій вибірці (основна група) з 54 учасників АТО (5 повторно). Розподіл бійців за військовими підрозділами наведено на рис. 1, з якого витікає, що їх більшість була добровольцями. Слід підкреслити, що майже усі обстежені учасники АТО знаходилися під постійним патронатом волонтерів з неурядових громадських організацій.

З метою співставлення психічного стану учасників АТО з іншими моделями надзвичайних ситуацій були обстежені такі групи порівняння і контролю:

- а) опромінені внутрішньоутробно і у віці 0–1 рік на момент Чорнобильської катастрофи (26 квітня 1986 р.) та *контрольна група* — неекспоновані особи того ж віку (n=189 та 139, відповідно). Вік цих обстежених був меншим, ніж в основній групі.
- б) учасники ліквідації аварії на Чорнобильській АЕС (УЛНА, n=81) з PTSD та коморбідною хронічною цереброваскулярною патологією. Вік обстежених цієї групи був більшим, ніж в основній групі.
- в) евакуйовані з Чорнобильської зони відчуження (n=76) з PTSD та коморбідною

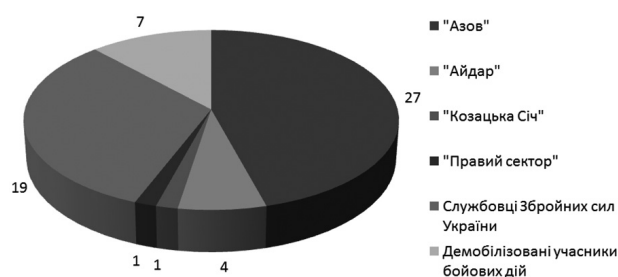


Рис. 1
Розподіл учасників АТО (n=54) за військовими підрозділами

хронічною цереброваскулярною патологією. Вік обстежених цієї групи був більшим, ніж в основній групі.

- г) учасники бойових дій в Афганістані (n=28) з PTSD та наслідками контузії головного мозку. Вік обстежених цієї групи був більшим, ніж в основній групі.

Діагностику розладів психіки і поведінки та захворювань нервової системи здійснювали за діагностичними рубриками і категоріями Міжнародної класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10).

Для скринінгової діагностики рівня когнітивних розладів використовувалася Коротка шкала оцінки психічного статусу (Mini-mental state examination, MMSE) [15,16]. Дана шкала найчастіше застосовується в сучасних епідеміологічних і клінічних дослідженнях для оцінки загального психічного статусу й складається з ряду субтестів, які дозволяють швидко й ефективно оцінити орієнтування в часі, місці, а також стан короткотривалої, довготривалої пам'яті, функцію мови, гнозиса, праксиса, тобто основні когнітивні функції. Була застосована наступна оцінка рівня балів MMSE — 28-30 — без виражених змін (практично здорові), 24-27 балів — легкий когнітивний дефіцит, ≤ 23 балів — стадії деменції.

Для якісної і кількісної оцінки структури психопатологічного синдрому і особистості, та певних психічних розладів використовували такі психодіагностичні методики:

- опитувальник загального здоров'я (General Health Questionnaire, GHQ-28) для вивчення соматоформних симптомів, тривоги/безсоння, соціальної дисфункції і тяжкої депресії [17, 18];
- шкала самооцінки депресії Зунга (Zung Self-Rating Depression Scale, SDS) для визначення немаскованої депресії [19];
- опитувальники для оцінки посттравматичного стресового розладу (posttraumatic stress disorder, PTSD): шкала впливу подій Горовіца (Impact of Events Scale, IES), клінічна шкала для самооцінки дратливості «Дратливість, депресія, тривога» (Irritability, Depression, Anxiety, IDA), яку використовували для оцінки збудження у зв'язку з PTSD; Міссісіпська шкала для військових PTSD (Mississippi Scale for Combat-Related PTSD, M-PTSD). Ці методики оцінюють симптоми, що характерні для PTSD, за допомогою самооцінки та є референтними для вивчення психологічного дистресу [20–22].

Для визначення індивідуально-типологічних змін особистості після участі в АТО проведено подвійний аналіз профілю особистості: до участі в АТО (ретроспективно) та на момент

обстеження. Використовувались методики діагностики характерологічних особливостей особистості Г. Шмишека — К. Леонгарда [23] та особистісного опитувальника Г. Айзенка (Eysenck Personality Quationnaire) [24,25].

Функціональний стан головного мозку оцінювали за допомогою комп'ютерної електроенцефалографії (кЕЕГ) на підставі топографічного картування на 16-канальному аналізаторі DX-4000 (Україна). Здійснювали візуальний і спектральний аналіз ЕЕГ. Для дослідження церебральної гемодинаміки виконували ультразвукове дуплексне сканування екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин з інсонацією судин головного мозку (Вілізієвого кола) з переднього скроневого та заднього потиличного ультразвукового вікна на апаратах Medison 9900 та 8000 (Корея). Електронні таблиці Excel 2010 (MS Windows) були використані як структура баз даних. Статистичний аналіз проведено у програмі Statistica 10.0 (StatSoft) за допомогою параметричних і непараметричних критеріїв.

Результати дослідження

Серед скарг учасників АТО переважали: головний біль постійного характеру дифузної локалізації, запаморочення, шум у вухах, зниження слуху, біль у спині вздовж хребта, погіршення зору, неприємні відчуття у ділянці серця, поганий сон зі сновидіннями на військові теми, відчуття тривоги, зниження настрою, емоційне напруження, роздратованість, розгубленість, постійні спогади про бойові ситуації.

У психоневрологічному статусі у всіх обстежених бійців АТО виявлялися: ясна свідомість, продуктивний контакт, повна орієнтація у часі, просторі, особистості. Критика була переважно збережена, а мислення логічне. Домінували емоційна лабільність, тривога, напруження, дисомнія, психопатологічний феномен «флешбек» (ретроспекція, «погляд у минуле», «зворотний кадр»), підвищення збудливості і фізіологічної реактивності. Мова не була порушеною. Серед неврологічних симптомів найбільш часто виявлялися розлади мозочку і стовбуру мозку (порушення у вертебро-базиллярному судинному басейні), меншою мірою були залучені пірамідна система і сфера чутливості. Не спостерігалось симптомів порушення екстрапірамідної системи. Мала місце виражена паравертебральна болісність при пальпації з переважанням м'язево-тонічного і нейро-рефлекторних синдромів. Менінгеальних знаків не було.

Результати нейропсихологічного і патопсихологічного досліджень наведені у табл. 1, з якої витікає, що психічний стан бійців вірогідно гірший, ніж у контролі за рахунок проявів PTSD, самооцінки здоров'я — соматичної

Таблиця 1

Нейропсихологічні і патофизиологічні дослідження в учасників АТО (n=54) і групах порівняння

Тест	Учасники АТО (n=54) [M±SD]	Контрольна група (n= 139) [M±SD]	Опромінені внутрішньоутробно і у віці 0–1 рік (n=189) [M±SD]	УЛНА (n=81) [M±SD]	Евакуйовані з Чорнобильської зони відчуження (n=76) [M±SD]	Учасники бойових дій в Афганістані (n=28) [M±SD]
MMSE	26,7±2,4	28,5±2,1*	27,8±2,8	25,6±2,9	26,1±2,4	25,7±2,6
GHQ-28	24,6±14,9	15,4±11,2*	20,4±11,2	41,4±12,4*	37,5±14,3*	29,7±13,3
SDS	44,1±12,8	38,1±9,6	42,5±10,1	58,6±12,6*	56,9±11,7	47,8±12,6
IDA	3,7±3,4	1,9±1,9*	3,1±2,3	6,6±2,7*	5,4±2,4	4,8±2,5
IES	19,6±10,6	3,8±5,4*	4,4±5,4*	28,0±8,1*	25,6±5,5*	26,7±6,8*
M-PTSD	88,9±15,8	72,1±11,9*	86,4±16,5	99,9±17,4*	93,9±14,6	91,9±17,4

Примітка: Відповідно до поправки Бонферроні, розбіжності вважали вірогідними за $p < 0,001$. * — вірогідні відмінності від основної групи (учасники АТО) з рівнем статистичної значущості $p < 0,001$

стурбованості, тривоги/неспанья, депресії, соціальної дисфункції, а також легких когнітивних порушень. Учасники АТО мають тенденцію до більш кращого психічного стану, ніж ветерани війни в Афганістані, особливо за рахунок більш адекватного емоційного сприйняття травмуючі подій.

Психічний статус пацієнтів основної групи майже подібний до групи порівняння, опроміненої на ранніх етапах розвитку (пренатальної на 1-му році життя).

У той же час, учасники АТО знаходяться у значно кращому психічному стані, ніж УЛНА на ЧАЕС та евакуйовані з Чорнобильської зони відчуження.

Профілі особистості пацієнтів основної групи до участі в АТО (ретроспективно) та на момент обстеження наведені на рис. 2, який відбиває ознаки деформації особистості бійців. Виявлено достовірне ($p < 0,001$) зменшення рівня екстраверсії і гіпертимності, та збільшення — нейротизму, застрягання, педантичності, збудливості, дистимності, циклотимності.

За результатами кЕЕГ виявлені виражені порушення біоелектричної активності головного мозку, у певній мірі, органічного характеру, з білатеральною пароксизмальною активністю, підвищенням спектральної потужності бета-діапазону і зменшенням альфа-діапазону. Це може свідчити про дисфункцію кортико-лімбічної

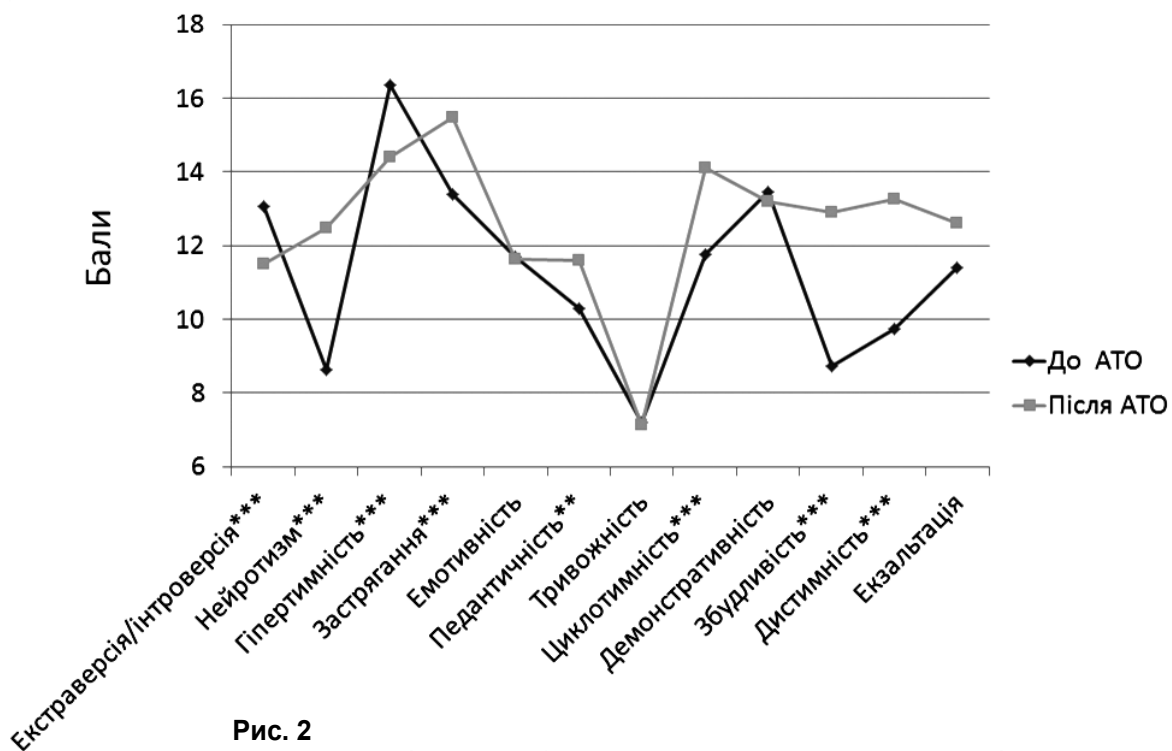


Рис. 2

Профілі особистості до участі в АТО та на момент обстеження

системи із ознаками значної іритації діенцефальних структур.

Ультразвукове дуплексне сканування екстракраніальних відділів брахіоцефальних судин виявило переважання потовщення комплексу інтима-медія в учасників АТО у віковій категорії від 50 років і наявність венозної дизгемії по базальним венам Розенталя у осіб, що перенесли контузію головного мозку.

Клінічні діагнози в основній групі наведені у табл. 2, з якої витікає, що основним діагнозом був PTSD (91%) та контузія головного мозку (50%). Поширені також цервікалгія та люмбаго, соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи, наслідки акубаротравми,

нейросенсорна приглухуватість. У багатьох спостерігається коморбідна соматична патологія. Синдром залежності від алкоголю виявлено у незначній кількості обстежених, переважно у військовослужбовців Збройних сил.

Лікування включало у себе призначення медикаментозної терапії згідно визначеної патології — переважно антидепресантів (сертралін, есциталопрам, амітриптилін, гептрал), а також бензодіазепінових (гідазепам) і небензодіазепінових транквілізаторів, вазоактивних і нейропротекторних препаратів; протизапальних і знеболювальних засобів. Одночасно з медикаментозним лікуванням проводились сеанси індивідуальної психотерапії — десенсибілізація

Таблиця 2

Клінічні діагнози за критеріями МКХ-10 в учасників АТО (n=54)

Діагноз	Абсолютна кількість	Відносна частота
Психоневрологічна патологія		
Посттравматичний стресовий розлад, F43.1	49	90,7
Контузія головного мозку у зоні АТО, S06.0	27	50,0
Цервікалгія, M54.2	20	37,0
Вегето-судинна дистонія (соматоформна дисфункція вегетативної нервової системи), F45.3	16	29,6
Люмбаго, M54.3; M54.4; M54.5	13	24,1
Стан після мінно-вибухової акубаротравми, T70.0	11	20,4
Хронічна нейросенсорна приглухуватість, H90.6	8	14,8
Гостра нейросенсорна приглухуватість, H90.6	7	13,0
Дисциркуляторна енцефалопатія (хронічна ішемія головного мозку, I67.8)	6	11,1
Синдром залежності від алкоголю, F10.2	5	9,3
Розлад адаптації, F43.2	5	9,3
Заїкання, F98.5	3	5,6
Астено-вегетативний синдром (F48.0) у акцентуованої особи за мозаїчним типом (Z73.1)	1	2,0
Кіста прозорої перетинки головного мозку, Q04	1	2,0
Арахноїдальна кіста лівої скроневої частки, Q04.6	1	2,0
Ретроцеребелярна арахноїдальна кіста, Q04.6	1	2,0
Аномалія Кіммерлі, G99.2	1	2,0
Кіста шишковидної залози, D35.4	1	2,0
Стан після оперативного втручання (відкрита черепно-мозкова травма, S01)	1	2,0
Соматична патологія		
Хронічна ішемічна хвороба серця, I25	12	22,2
Ангіопатія судин сітківки очей, H31.8	11	20,4
Жовчно-кам'яна хвороба, K80	8	14,8
Дифузний зоб, E04	6	11,1
Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба, I11	4	7,4
Хронічний гастродуоденіт, K29	4	7,4
Пролапс мітрального клапану, I34.1	2	3,7
Гострий синусит, J01	2	3,7
Виразкова хвороба, K25, K26	2	3,7
Дисметаболическа кардіоміопатія, I42	1	2,0
Гіпотиреоз, E03	1	2,0

Примітка: пацієнт може мати більше одного діагнозу

і переробка рухами очима (ДПДГ), Еріксонівська терапія з гіпнотичним впливом, нейро-лінгвістичне програмування (НЛП) з навчанням контролю за емоційним станом (за Ф. Пьюселіком), когнітивно-поведінкова терапія, позитивна психотерапія. Проведене лікування суттєво покращувало стан хворих.

Дискусія та висновки

Збройний конфлікт на Донбасі має свої характерні геополітичні і соціально-психологічні риси:

1. Гібридна війна йде на території *своєї* держави — України. Це зумовлює етно-культурологічні та соціально-психологічні особливості «Донбаського синдрому».
2. Виникли такі основні контингенти залучених до орбіти конфлікту осіб:
 - a. учасники АТО;
 - b. внутрішньо переміщені особи (біженці та мігранти);
 - c. мешканці окупованих територій
3. У зоні АТО, на тимчасово окупованих територіях Донбасу та поруч з ними є радіаційно небезпечні об'єкти, які можуть зазнати радіологічної терористичної атаки та/або радіаційної аварії внаслідок бойових дій і неналежного використання й утримання.
4. Серед внутрішньо переміщених осіб та мешканців окупованих територій чимало вагітних жінок та дітей. Війна зумовлює потенційні ризики шкоди психологічному і фізичному розвитку дітей.

Тобто, багато в чому медико-соціальна проблематика збройного конфлікту на Донбасі за своїм масштабом та контингентами постраждалих скоріше відповідає Чорнобильській катастрофі та її наслідкам, ніж локальним військовим конфліктам. Тому доцільним у оптимізації подолання медико-соціальних наслідків Донбаської кризи може стати 30-річний Чорнобильський досвід та розроблені в ННЦРМ система і заходи щодо охорони психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні «брудної бомби» і тактичної ядерної зброї [26–28].

Як ми й наголошували, ще на початку 90-х років ХХ сторіччя [29], ключовою складовою в охороні психічного і фізичного здоров'я осіб, залучених до надзвичайної ситуації, є воля вибору ризику, тобто добровільність. Результати цього дослідження підтверджують нашу думку. Психічний стан обстежених учасників АТО кращий за такий у ліквідаторів та «воїнів-Афганців». Безумовно, останні старіші, та й часу після Чорнобильської катастрофи і війни в Афганістані плинуло більше, у порівнянні з АТО, яка триває. Водночас, переважна більшість обстежених учасників АТО була саме з добровольчих батальйонів. Тому кращий психічний

стан цих учасників АТО можливо пояснити саме усвідомленою волею вибору ризику війни. Безумовно, суттєву роль в охороні психічного здоров'я бійців відіграють волонтери неурядових громадських організацій.

Проведене дослідження є пілотним. Однак, поєднання його результатів з багаторічним досвідом подолання медико-соціальних наслідків Чорнобильської катастрофи та результатами нейропсихіатричних досліджень ветеранів локальних війн, дозволяє обґрунтувати науково-організаційні підходи до охорони психічного здоров'я учасників АТО, біженців та мігрантів з Донбасу:

1. Добровільність та усвідомленість вільного вибору ризику участі у бойових діях.
2. Жорсткий професійний відбір спецконтингентів (військові, інші силові структури, рятувальні робітники): стабільність психічної діяльності; стійкість особистості; стресостійкість.
3. Адекватна інформаційна політика: правдиве, конструктивне та своєчасне висвітлення поточної обстановки у засобах масової інформації (інтернеті).
4. Попередження паніки, виявлення і ізоляція осіб-індукторів панічних настроїв.
5. Формування психолого-психіатричних бригад з особливими повноваженнями. Бригади мають тісно взаємодіяти зі штабом АТО, локальними владою і медичними закладами (швидкою допомогою, спеціалізованими психіатричними закладами).
6. Психопрофілактична, санітарно-гігієнічна та освітня робота відносно чинників ризику психічних розладів та контролю над ними, особливо відносно шкоди вживання психоактивних речовин в екстремальних обставинах.
7. Постійний активний моніторинг психічного стану бійців та переселенців з метою раннього виявлення пацієнтів з розладами психіки і поведінки для подальшої евакуації.
8. Максимальне наближення психолого-психіатричної допомоги до театру бойових дій та переселенців.
9. Групами підвищеного ризику розладів психіки і поведінки й тими, хто потребує найбільшої уваги, є хронічно психічно хворі, особи похилого і старечого віку, діти, жінки (особливо, вагітні).
10. Активне залучення до надання психолого-психіатричної допомоги релігійних і громадських організацій, волонтерів, локальних спільнот.
11. Створення мережі кризисних і психореабілітаційних центрів і єдиного міжвідомчого психолого-психіатричного простору.
12. У структурі багатопрофільних лікарень/

наукових центрів та інститутів створення науково-практичних підрозділів для екстреної психолого-психіатричної допомоги (кризовий центр), психоневрологічних та психореабілітаційних відділень.

13. Санаторно-курортне лікування і психореабілітація.

Реалізація запропонованих підходів стане суттєвим і конкретним кроком назустріч збереженню психічного здоров'я учасників АТО, біженців та мігрантів з Донбасу, а тому — зміцненню обороноспроможності і безпеки держави.

Література

1. Опыт советской медицины в Великой отечественной войне 1941–1945 гг. Часть вторая. Терапия. Раздел десятый. Нервные болезни (особенности их возникновения, течения, предупреждения и лечения во время войны): Под ред. акад. С.Н. Давиденкова. Т. 26, Москва: Медгиз, 1949: 312 с.
2. World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. Geneva: WHO, 2013. 273 p. Access: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85119/1/9789241505406_eng.pdf
3. Kessler R.C., Üstün T. B. (eds). The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. New York: Cambridge University Press, 2008, 580 p.
4. Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., van Ommeren M. Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement. Journal of the American Medical Association, 2009; 302(5): 537–549.
5. The World Health Report 2001. Mental health: New understanding. New hope. Geneva: World Health Organization, 2001. 169 p. Access http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_en.pdf?ua=1
6. Bromet E.J. Emotional consequences of nuclear power plant disasters. Health Phys., 2014; 106 (2): 206–210.
7. Колесник М. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, терапия, реабилитация // Український медичний часопис. — 2015. — № 4 (108) — VII/VIII. — С. 8–10.
8. Напреев О.К., Напреев Н.Ю. Комплексна психологічна, психіатрична та наркологічна допомога постраждалим у збройних конфліктах, при мирних протестах і вимушеним переселенцям // Український терапевтичний журнал. — № 3, 2015. — С. 80–84.
9. Осуховська О.С., Табачников С.І., Харченко Є.М., Орловська Я.В., Синицька Т.В., Чепурна А.М. Аналіз розповсюдженості вживання наркотичних речовин серед учасників бойових дій внаслідок посттравматичних психічних порушень // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 2(81). — С. 15–19.
10. Процик В.О., Бабич В.В., Грязев С.А., Михеева Т.О. Особливості психогенних параноїдних психозів, асоційованих з антитерористичною операцією, у мирного населення // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 2(81). — С. 19–27.
11. Хаустова О.О. Психосоціальна реабілітація: проблеми і шляхи вирішення // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 2(81). — С. 36–42.
12. Хаустова О.О., Коваленко Н.В. Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 2(81). — С. 42–47.
13. Мороз С.М., Моргачева А.К., Яворская И.П., Хайтов Р.П. травма взрывной волной, коморбидная со стрессом боевых действий // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 2(81). — С. 47–50.
14. Табачников С.І., Осуховська О.С., Харченко Є.М., Кіосева О.В., Орловська Я.В., Синицька Т.В., Чепурна А.М. Соціально-демографічна та клініко-психопатологічна характеристика вживання психоактивних речовин, коморбідного з посттравматичним стресовим розладом, в учасників бойових дій антитерористичної операції в Україні // Архів психіатрії. — 2015, № 21, 3–4(82–83). — С. 3–7.
15. Folstein M.F., Folstein S.E., McHugh P.R. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J. Psychiatr. Res., 1975; 12(3); 189–198.
16. Краткая шкала оценки психического статуса (Mini Mental State Examination, MMSE). Здоров'я України, 2010 (1): 77.
17. Goldberg D. The General Health Questionnaire: GHQ-28. London: NFER-Nelson, 1981, 89 p.
18. Goldberg D.P., Gater R., Sartorius N., Ustun T.B., Piccinelli M., Gureje O., Rutter C. The validity of two versions of the GHQ in the WHO study of mental illness in general health care. Psychol. Med., 1997; 27 (1): 191–197.
19. Shafer A.B. Meta-analysis of the factor structures of four depression questionnaires: Beck, CES-D, Hamilton, and Zung. J. Clin. Psychol., 2006; 62(1): 123–146.
20. Horowitz M.J., Wilner N., Alvarez W. Impact of events scale. A measure of objective stress. Psychosom. Med., 1979; 41: 209–218.
21. Keane T.M., Caddell J.M., Taylor K.L. Mississippi Scale for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder: Three studies in reliability and validity. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988; 56: 85–90.
22. Loganovsky K.N., Zdanevich N.A. Cerebral basis of post-traumatic stress disorder following the Chernobyl disaster CNS Spectrums, page 1 of 8. & Cambridge University Press. 2013; 18 (2): 95–10.
23. Schmieschek H. Questionnaire for the determination of accentuated personalities. Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz). 1970; 22(10): 378–381.
24. Eysenck H.J., Eysenck S.B.G. Manual of the Eysenck Personality Questionnaire. London: Hodder and Stoughton, 1975; 47 p.

25. Loganovsky K., Gresko M. Personality changes in participants of anti-terrorist operation in Donbass and in Chernobyl accident survivors. International conference «Health Effects of the Chernobyl Accident — 30 year Aftermath», Program and Abstract, 18–19 April 2016, World Health Organization, National Academy of Medical Sciences of Ukraine, National Research Centre for Radiation Medicine, Kyiv, Ukraine, P. 95.
26. Логановский К.Н., Бомко М.А., Чумак С.А. Научное обоснование системы охраны психического здоровья при чрезвычайных радиационных ситуациях (на опыте Чернобыльской катастрофы) // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. — 2012, № 2 (08). — С. 20–36.
27. Логановский К.Н., Чумак С.А., Бомко М.А. Охрана психического здоровья и психореабилитация при чрезвычайных радиационных ситуациях (на опыте Чернобыльской катастрофы) // Экстренная медицина. — 2012, № 2 (02). — С. 75–106.
28. Логановський К.М., Петриченко О.О., Морозов О.М., Бузунов В.О., Бомко М.О., Чумак С.А. та інш. Охорона психічного здоров'я при радіаційних аваріях на ядерних реакторах та застосуванні «брудної бомби» і тактичної ядерної зброї. Методичні рекомендації. Київ: МОЗ, НАМН України, Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. — 2014. — 27 с.
29. Нягу А.И., Нощенко А.Г., Логановский К.Н. Отдаленные последствия психогенного и радиационного факторов аварии на Чернобыльской АЭС на функциональное состояние головного мозга человека // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1992, № 92 (4). — С. 72–77.

Особливості адиктивного статусу у хворих на невротичні розлади у порівняльному аспекті

Марута Н.О., Колядко С.П., Каленська Г.Ю., Денисенко М.М., Явдак І.О.

Державна Установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України» м. Харків

Резюме. На основі комплексного аналізу клініко-психопатологічних проявлень тривожно-фобических і змішаних дисоціативних розстройств, в поєднанні з адиктивними формами поведінки, визначені загальні та специфічні особливості адиктивного статусу.

Ключевые слова: адиктивное поведение, тривожно-фобические расстройства, дисоціативные расстройства.

Features addictive status of patients with neurotic disorders in comparative perspective

Maruta N.O., Kolyadko S.P., Kalens'ka H.YU., Denysenko M.M., Yavdak I.O.

Resume. Based on comprehensive analysis of clinical-psychopathological manifestations of anxiety - phobic and dissociative disorders combined with addictive behaviors, especially addictive status, the general and specific features of addictive status.

Keywords: addiction disorders, anxiety phobic disorder, dissociative disorders.

Однією з актуальних особливостей сучасної психіатрії є тенденція до формування коморбідної патології, що включає сполучення різних форм психічної патології, серед якої особливе місце займають невротичні розлади у сполученні з поведінкою адиктивного характеру. Це позначається не тільки на класичних уявленнях про невротичну патологію, а й призводить до певних ускладнень при діагностиці, терапії і профілактиці, зростанні толерантності, резистентності з нестійкою ремісією. Тому, вивчення адиктивного статусу пацієнтів з невротичними розладами дозволить покращити їх діагностику та лікування. [1,2].

Все вищезначене визначило мету нашого дослідження — вивчення структури адиктивного статусу, його впливу на клінічні прояви тривожно-фобических та змішаних дисоціативних розладів у порівняльному аспекті.

Матеріал та методи дослідження

Під спостереженням знаходились 96 пацієнтів з тривожно-фобическими розладами (F40.8), (I група) та 98 хворих на змішані дисоціативні розлади (F44.7), (II група), згідно критеріїв МКХ-10. До комплексу методів обстеження увійшли:

клініко-психопатологічний метод з використанням напівструктурованого інтерв'ю для виявлення та оцінки характеристик факторів психічної травматизації та особливостей зняття психоемоційної напруги хворими на невротичні розлади; AUDIT-подібні тести для визначення розладів, пов'язаних з вживанням хімічних та нехімічних речовин [3]; клінічний опитувальник для виявлення та оцінки вираженості невротичної симптоматики [4]; статистичний метод з використанням методів описової та порівняльної статистики (t — критерій Ст'юдента, точний метод Фішера, кореляційний аналіз) [5].

В результаті дослідження AUDIT-подібних тестів було визначено чотири рівня ризику формування адиктивної поведінки АП (рис.1).

Як свідчать представлені на рис. 1 дані, для обстежених характерною була наявність високого та небезпечного ризиків формування АП в клінічній картині (3 та 4 рівень ризику, при яких загальний бал становить більше 16, згідно інтерпретації даних AUDIT-подібних тестів): 83,96 % хворих I-ої та 66,29 % II-ої груп. Однак, у I-ій групі значення показника «високий ризик» становило 47,92 %, він значуще відрізнявся від II-ої групи

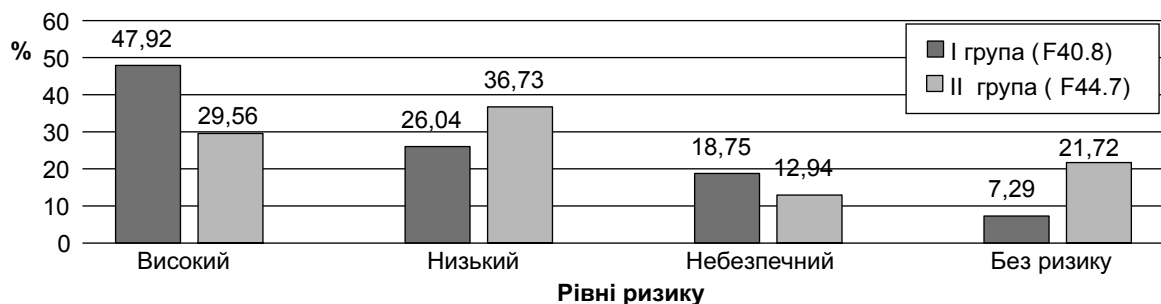


Рис. 1

Виразеність рівней ризику формування АП у хворих на невротичні розлади

(22,56 %), ($p \leq 0,001$, $DK=4,32$). Водночас значущі відмінності спостерігалися за рівнем формування АП «без ризику»: 7,29 % в II-й та 21,72 % в I-й групах, ($p \leq 0,001$, $DK=4,92$). В цілому, отримані дані свідчать, що хворі обох груп є особами групи ризику формування коморбидної адиктивної поведінки.

Згідно з метою дослідження були визначені 64 хворих на тривожно-фобічні розлади (I група) та 41 хворий на дисоціативні розлади (II група), у яких визначився 3 та 4 рівень ризику формування АП, вони і були відібрані для подальшого аналізу. За результатами AUDIT-подібних тестів, у групах досліджених визначені основні адиктивні тенденції («об'єкти вживання»), що відображають їх характер і специфіку (рис.2).

Наведені на рисунку 2 дані свідчать про те, що найбільш часто у обстежених зустрічалося використання таких «об'єктів вживання»: «Інтернет» (13,95 та 14,9 балів відповідно), «Чай

та кава» (11,79 та 13,53 балів відповідно), «Їжа» (14,35 та 15,19 балів відповідно), «Телебачення» (13,67 та 9,9 балів відповідно), «Робота» (13,48 та 15,44 балів відповідно), «Тютюн» (10,54 та 9,32 балів відповідно). Як видно з рис.2, значущих відмінностей за переліченими показниками не було визначено, але такі «об'єкти вживання», як «Алкоголь» (5,06 та 3,68 балів відповідно), «Азартні ігри» (0,04 та 0,27 балів відповідно) та «Седативні» (8,96 та 5,94 балів відповідно) мали значущу різницю ($p \leq 0,001$, $DK=4,76$), що свідчить про схильність хворих I-ої групи до використання «об'єктів вживання» хімічного походження для зняття емоційної напруги та відображає виразність та неспроможність корегувати свій стан більш безпечними засобами.

В процесі статистичної обробки визначені певні кореляційні зв'язки між «об'єктами вживання», що відображає складний характер АП (рис.3).

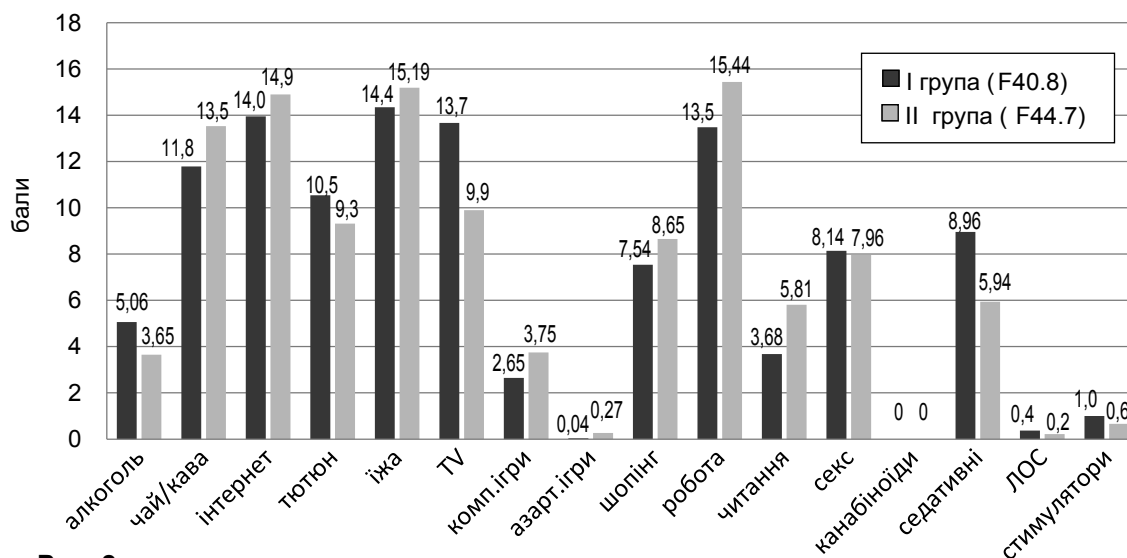


Рис. 2

Варіанти та вираженість адиктивних порушень у хворих на невротичні розлади (за даними AUDIT-подібних тестів)

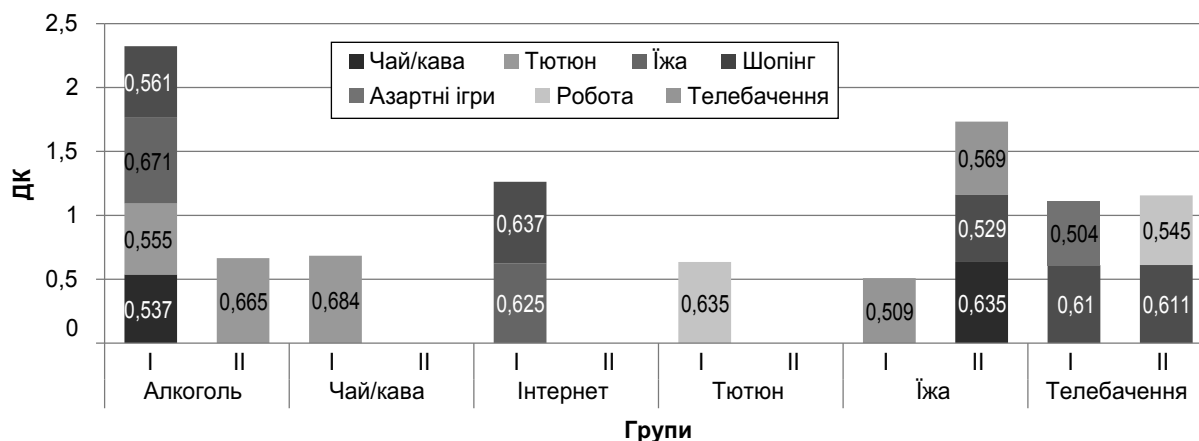


Рис. 2

Кореляційні зв'язки між об'єктами вживання в групах порівняння (I група — хворі на тривожно-фобічні розлади з АП; II група — хворі на дисоціативні розлади з АП)

Так, виявлено, що для хворих I-ої групи ці зв'язки мають поліморфний та

сполучений характер. Особливої уваги заслуговує сполучення «об'єктів вживання»: «Алкоголь» і «Чай/кава» ($r = 0,537$), «Тютюн» ($r = 0,555$), «Їжа» ($r = 0,671$), «Шопінг» ($r = 0,561$); «Інтернет» і «Їжа» ($r = 0,625$), «Шопінг» ($r = 0,637$); «Телебачення» і «Азартні ігри» ($r = 0,504$) та «Шопінг» ($r = 0,610$). В II-ій групі мали місце достовірні кореляційні зв'язки: «Їжа» і «Чай/кава» ($r = 0,535$), «Шопінг» ($r = 0,529$), «Телебачення» ($r = 0,569$); «Телебачення» і «Шопінг» ($r = 0,611$), «Робота» ($r = 0,545$).

Отримані дані свідчать, що для хворих II-ої групи характерна менш складна АП, з невиразним деструктивним характером та переважанням «об'єктів вживання» нехімічного походження, а наявність у хворих I-ої групи сполучення «об'єкта вживання» хімічного походження («Алкоголь») свідчить про його небезпечний патерн у формуванні коморбідної патології.

При проведенні клініко-психопатологічного обстеження хворих обох груп в порівняльному аспекті вивчалися соціо-демографічні показники, особливості стану та динаміки психотравмуючих факторів та клінічні симптомокомплекси.

Загальними особливостями були визначені: — молодий вік обстежених: 28,8 років в I-ій групі та 26,5 років в II-ій групах; — вплив психотравмуючих факторів в віці «до 30-ті років» (51,56 % в I-ої та 61,34 % II-ої групах); — існування психотравмуючого фактору в інтервалі «до року» (39,06 % хворих I-ої та 43,56 % II-ої груп); — збереження актуальності психотравмуючих факторів (84,38 % хворих I-ої та 62,44 % хворих II-ої груп). Виявлено, що серед оточення пацієнтів обох груп велика кількість осіб були схильні до АП: батьки (15,53% та 20,31 % осіб у I-ої та II-ої групах відповідно), друзі (62,31% та

51,56% осіб, відповідно), співробітники (42,71 та 39,06 % осіб, відповідно), але в I-ій групі члени подружжя (37,5% та 13,16 % осіб, відповідно, $p \leq 0,001$, $DK=4,57$) та діти (4,69% та 2,98% осіб, відповідно, $p \leq 0,001$, $DK=3,57$) більше були схильні до АП, ніж у II групі.

Згідно даних, отриманих в процесі використання клінічного опитувальника для виявлення та оцінки вираженості невротичної симптоматики (К.К. Яхін, Д.М. Менделевич, 1978), отримані розбіжності в превалюванні виразності тих чи інших шкал невротизації, які відображають характер клінічної картини двох груп та відповідають як загальним, так і специфічним рисам невротичних розладів (рис.4).

Були встановлені відмінності за шкалами: «невротична депресія» ($DK = -2,48$ та $DK = -4,55$ відповідно, $p \leq 0,001$, $DK = 2,76$), «істеричний тип реагування» ($DK = -2,76$ та $DK = -4,69$, відповідно, $p \leq 0,001$, $DK = 2,76$), що відповідає проявам дисоціативних розладів. В той же час у хворих на тривожно-фобічні розлади переважали показники за шкалами: «Тривога» ($DK = -4,07$ та $DK = -2,44$, відповідно, $p \leq 0,001$, $DK = 2,96$) та «Обсесивно-фобічні порушення» ($DK = -4,03$ та $DK = -2,01$, відповідно, $p \leq 0,001$, $DK = 3,26$).

Статистична обробка отриманих даних з використанням кореляційного аналізу дозволила визначити прямі та зворотні кореляційні зв'язки між шкалами невротизації та «об'єктами вживання», що надає змогу визначити специфічність перебігу даних невротичних розладів з АП та певні закономірності формування тих чи інших варіантів АП в залежності від переважання провідної клінічної симптоматики у пацієнтів (рис. 5).

Вивчення кореляційних зв'язків показало, що в I-й групі шкала «Тривога» корелює з об'єктом «вживання» «Телебачення» ($r = 0,538$); шкала «Невротична депресія» — з об'єктом

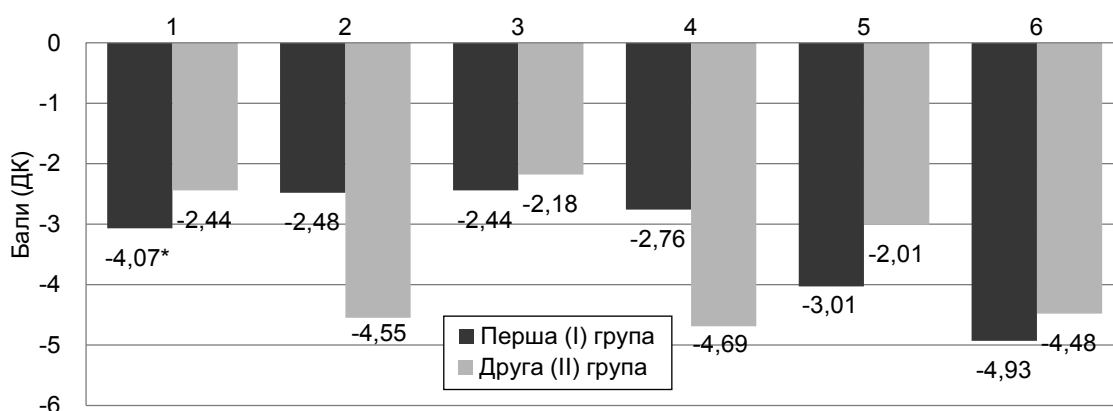


Рис. 4

Рівень невротизації у хворих на невротичні розлади. Були встановлені відмінності за шкалами: «невротична депресія» (1. Тривога; 2. Невротична депресія; 3. Астенія; 4. Істеричний тип реагування; 5. Obsessive-compulsive disorders; 6. Vegetative disorders) * — відмінності достовірні при $p \leq 0,05$

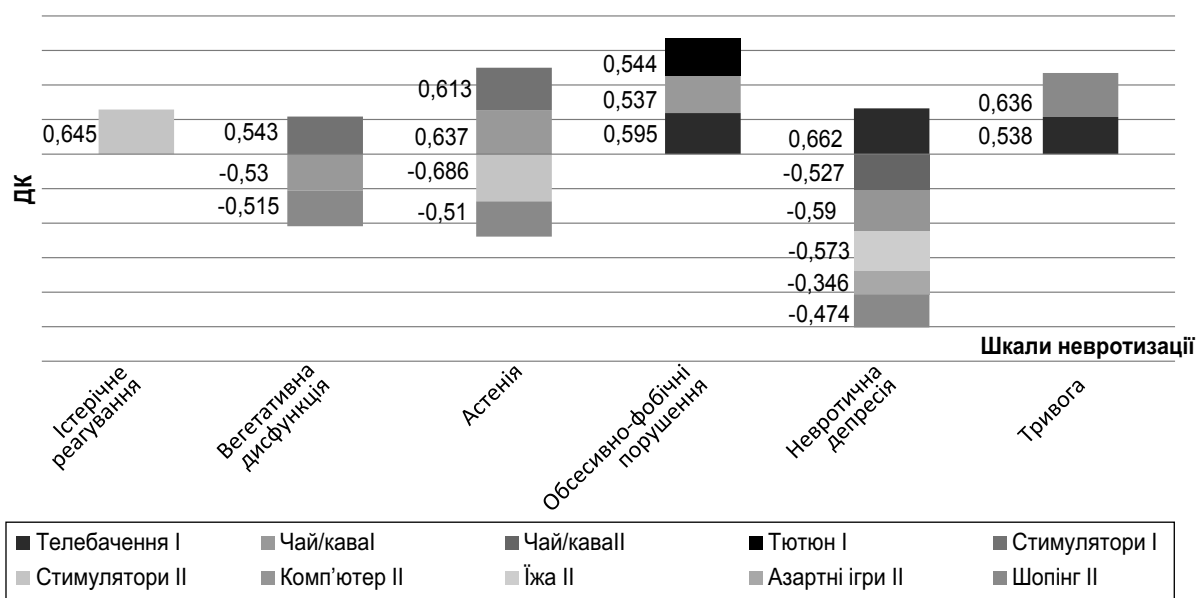


Рис. 5

Кореляційні зв'язки між шкалами невротизації та «об'єктами вживання» у хворих на невротичні розлади

«вживання» «Телебачення» ($r = 0,662$); шкала «Обсесивно-фобічні порушення» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = -0,537$), «Тютюн» ($r = 0,544$), «Телебачення» ($r = 0,595$); шкала «Астенія» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = 0,637$), «Стимулянти» ($r = 0,543$); шкала «Вегетативна дисфункція» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = -0,530$), «Стимулянти» ($r = 0,543$).

В II-й групі виявлені достовірні кореляції: шкали «Тривога» з об'єктом «вживання» «Телебачення» ($r = 0,538$); шкали «Невротична депресія» — з об'єктом «вживання» «Телебачення» ($r = 0,662$); шкали «Обсесивно-фобічні порушення» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = -0,537$), «Тютюн» ($r = 0,544$); «Телебачення» ($r = 0,595$); шкали «Астенія» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = 0,637$), «Стимулянти» ($r = 0,543$); шкали «Вегетативна дисфункція» — з об'єктами «вживання»: «Чай/кава» ($r = -0,530$), «Стимулятори» ($r = 0,543$).

Таким чином, результати дослідження дозволяють зробити наступні висновки: 1) У хворих на невротичні розлади існує достатньо високий ризик формування АП в їх структурі, при чому хворі на тривожно-фобічні розлади більш схильні до формування даної коморбідної патології (47,92%). 2) Характерним для хворих на невротичні розлади є: формування АП у молодому віці (до 30-ти років); наявність АП серед оточуючих, збереження актуальності психотравмуючих чинників. 3) Визначені певні кореляційні зв'язки між об'єктами вживання та шкалами невротизації свідчать про специфічні особливості формування АП в структурі кожного невротичного розладу та характеризують тривожно-фобічні розлади, як найбільш сприятливу для формування коморбідної АП.

Визначені загальні та специфічні риси перебігу означених невротичних розладів необхідно враховувати при наданні лікувально-профілактичних заходів терапії.

Література

1. Марута, Н.О. Стан надання та перспективи розвитку психіатричної допомоги в Україні / Н.О. Марута/ Архів психіатрії. — 2011. — Т.17, 3 (66). — С.5-9
2. Шаповалов, В.В. Тенденції поширення залежності від психоактивних речовин в Україні / В.В. Шаповалов, І.В. Лінський / Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 31 (56) додаток. — С. 47-48.
3. Линский, И.В. Метод комплексной оценки аддитивного статуса индивида и популяции с помощью системы AUDIT-подобных тестов / И.В. Линский, А.И. Минко, А.Ф. Артемчук и др. // Ж. Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2009. — № 2 (16). — С. 56-70
4. Учебно-методические рекомендации по психодиагностике личности (Часть 1) для слушателей специфического практического психологов в системе народного образования ХГУ // Сост. Е.Ф. Иванова, И.М. Мельник. — Харьков, 1993. — С.38-46.
5. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии / Е.В. Сидоренко. — СПб.: Речь, 2007. — 350 с.

Концептуальна модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку

Насінник О.А.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

Резюме. В результате изучения специальной литературы и обследования 499 пациентов, из которых 243 (48,7 %) получали психиатрическую помощь в принудительном порядке, разработана концептуальная модель оказания психиатрической помощи в принудительном порядке. Данная модель предусматривает улучшение качества данного вида помощи и смягчение отрицательных последствий принуждения, ориентирована на клинические особенности пациента и соответствующая действующим правовым и этическим стандартам психиатрической помощи, в особенности предоставления заблаговременно и в приемлемом объеме информации. Концепция интегрирует комплекс действий, решений и терапевтических мероприятий в отношении лиц с тяжелым психическим расстройством, внедряет стандарты оценок нарушений критики, компетентности и осознанного согласия и достижения их возобновления в процессе лечения с обеспечением преемственности между амбулаторной и стационарной психиатрическими службами.

Ключевые слова: психиатрическая помощь в принудительном порядке, концептуальная модель.

Conceptual model of providing of psychiatric care in the forced order

Nasinnyk O.A.

National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, Kyiv

Резюме. As a result, the study of literature and survey of 499 patients, of whom 243 (48.7%) received mental health care under compulsion, developed a conceptual model of psychiatric care in compulsory order. This model provides for improving the quality of this type of care and mitigating the negative effects of coercion, focusing on the clinical features of the patient and corresponding to the current legal and ethical standards of psychiatric care, in particular providing in advance and in an acceptable amount of information. The concept integrates a set of actions, solutions and therapeutic interventions for people with severe mental disorders, implements standards for assessing violations of criticism, competence and informed consent and achieving their renewal in the treatment process, ensuring continuity between outpatient and inpatient psychiatric services.

Keywords: psychiatric care in the forced order, conceptual model.

Актуальність проблеми

З врахування фрагментарності концептуальних моделей, що мають місце на сьогодні, та розробки їх щодо різних видів психіатричної допомоги виникає необхідність формування узагальнюючої концепції надання психіатричної допомоги в примусовому порядку з врахування поточних та діючих етично-правових позицій [1,2]. Необхідність концептуального підходу при наданні психіатричної допомоги в примусовому порядку (ПДПП) пов'язана зі складністю та невирішеністю ряду проблем. Серед вивчених пацієнтів поширені недотримання підтримуючого лікування, повторність госпіталізацій, затягування нелікованих загострень, відстрочки госпіталізації, яка тоді вже часто стає примусовою. Незважаючи на те, що члени родини пацієнта стикаються з проявами, в тому числі й агресивними, психічного захворювання, роль сім'ї в допомозі залишається маловизначеною. Виявляється недостатність інформування пацієнта та членів його сім'ї відносно проявів психічного розладу та можливостей психіатричної допомоги. Відсутній науково обґрунтований підхід до прийняття рішень щодо того чи іншого виду психіатричної допомоги та забезпечення наступності між ними.

Мета роботи. Розробка концептуальної моделі надання психіатричної допомоги в примусовому порядку, що передбачає поліпшення якості даного виду допомоги і пом'якшення негативних наслідків примушення. Концепція повинна базуватися на дотриманні прав та інтересів всіх учасників ПДПП (лікар-психіатр, пацієнт і його родичі) при винесенні рішення про допомогу, орієнтовану на клінічні особливості пацієнта, та відповідною діючим правовим і етичним стандартам психіатричної допомоги.

Матеріал дослідження

Концепція побудована в результаті вивчення чисельних літературних джерел та власного дослідження. Були досліджені пацієнти, госпіталізовані у невідкладному порядку до Київської міської клінічної психоневрологічної лікарні № 1 та Житомирської обласної психіатричної лікарні № 1. Всього було вивчено 499 осіб. З них 243 особи (48,7 %) отримували психіатричну допомогу в примусовому і 256 осіб (51,3 %) — в добровільному порядку. Матеріал власних клінічних спостережень з використанням шкал оцінки представлений особами, що отримували психіатричну допомогу в КМКПНЛ № 1 (253 особи, 50,7 %). Пацієнти з ЖОПЛ № 1 вивчені по медичній документації (246 осіб, 49,3 %).

Результати дослідження

Отримані при дослідженні дані були інтегровані в концептуальну модель надання психіатричної допомоги в примусовому порядку. Аналіз медичної документації дозволив розглянути процес психіатричної допомоги в примусовому порядку в динаміці і виділити її етапи, які відповідають послідовності позицій Закону. Закон виділяє значущі в правовому відношенні рішення лікаря-психіатра, комісії лікарів-психіатрів (КЛП), суду в континуумі психіатричної допомоги, починаючи із заяви про надання ПДПП. Далі, наприклад, застосування примусової госпіталізації зі всіма необхідними заходами (звернення до суду після огляду КЛП, рішення суду, щомісячні огляди КЛП в процесі лікування), що завершується випискою за рішенням КЛП, в ряду випадків — переходом до амбулаторної психіатричної допомоги в примусовому порядку (АПДПП) і т.д. Нами виділено 14 етапів надання психіатричної допомоги в примусовому порядку та проведена систематизація всіх здійснюваних заходів на кожному етапі. Встановлено, що реалізація фрагментів психіатричної допомоги здійснювалася за певним алгоритмом, тобто завдання кожного етапу вирішувалися відповідно до алгоритму.

Алгоритм складався з трьох стадій, які характеризувалися наступним.

I. Інформаційно-оціночна стадія. На цій стадії відбувався збір необхідної для установлення діагнозу інформації. На етапі приймального відділення у зв'язку з обмеженістю анамнестичних даних та можливостями обстеження встановлювався попередній діагноз на синдромальному рівні (155 осіб, 36,2 %). Формулювання повного, функціонального діагнозу [3] здійснювалося у лікувальному відділенні протягом перших днів. В клінічній картині пацієнта велике значення мали оцінки усвідомлення розладу та критики в цілому, когнитивного функціонування, а також визначення мотивації до лікування у пацієнта.

Співбесіда з представником сім'ї пацієнта у співставленні з даними медичної документації дозволяли віднести пацієнта до однієї з підгруп по відношенню до підтримуючого лікування, якщо таке лікування мало місце.

Окрім цього, давалася оцінка небезпечній поведінці пацієнта, що передувала госпіталізації, та її зв'язку з психічним розладом [4]. Для об'єктивізації даних слугувало вивчення супровідних направлень на госпіталізацію матеріалів (141 випадок, 32,9 %) та письмових заяв щодо психічного стану та поведінки пацієнта (188 випадків, 43,9 %).

Отримання усвідомленої згоди здійснювалося з дотриманням її стандарту, насамперед, надання доступної для пацієнта та достатньої

для прийняття рішення інформації та оцінки здатності пацієнта до прийняття рішення щодо психіатричної допомоги.

Наявність провідних побоювань пацієнта, а саме настороженість щодо лікування або госпіталізації задавало напрямки роз'яснювальної роботи з пацієнтом, а також інформуванню про його права під час отримання психіатричної допомоги у стаціонарі. Виявлене у пацієнта усвідомлення розладу сприяло отриманню згоди на госпіталізацію та лікування. Завдяки таким підходам до оцінки критики та цілеспрямованій роз'яснювальній роботі 150 осіб (41,2%) з числа тих (364 особи), що не мали згоди до психіатричної допомоги, на етапі огляду КЛП погодилися на стаціонарне лікування, що вказує на ефективність застосування алгоритму на цій стадії.

Розробка плану допомоги, а саме обстеження та обговорення лікувальних засобів, проводилася сумісно з пацієнтом, який залишався в умовах добровільної допомоги (187 осіб, 43,7 %). В цілому, планування терапевтичних та реабілітаційних заходів, у тому числі й для осіб, що підпадали під критерії психіатричної допомоги в примусовому порядку, здійснювалося з позицій біопсихосоціального підходу та перспектив пацієнта на виписку.

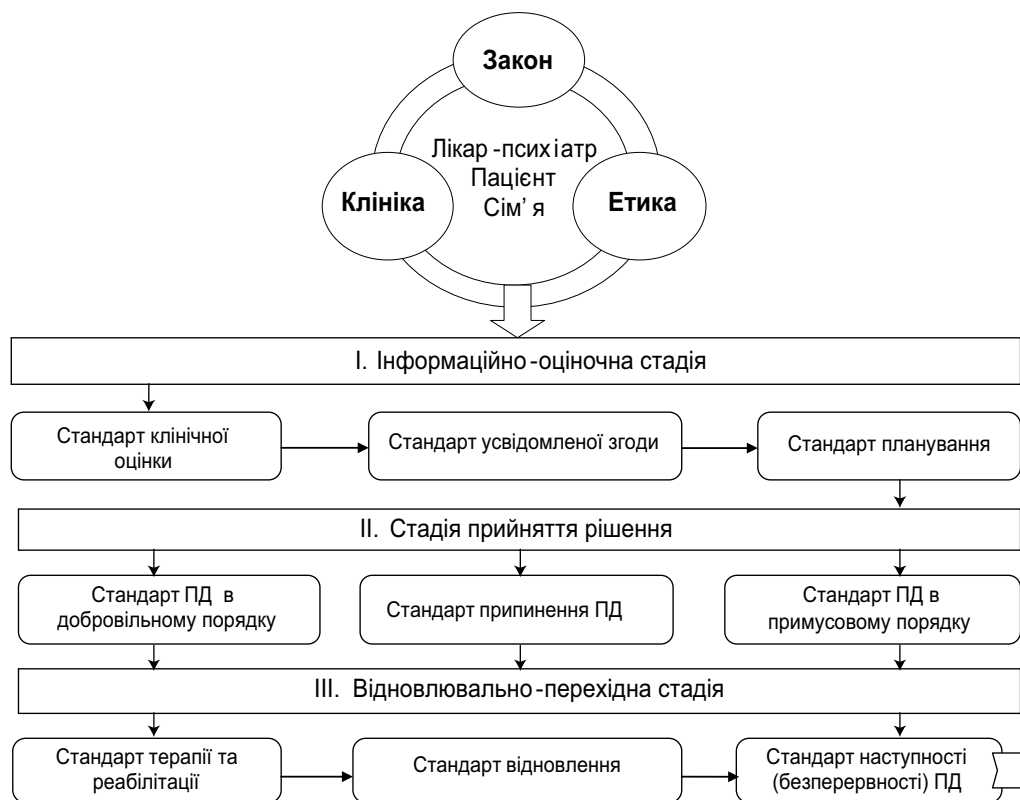
II. Стадія прийняття рішення. На цій стадії відбувався розподіл пацієнтів у відповідності з критеріями надання психіатричної допомоги по трьом напрямкам.

Особи, здатні отримувати допомогу в добровільному порядку, характеризувалися збереженою компетентністю, наявністю усвідомленої згоди та показань до стаціонарного лікування (194 особи, 45,3 %).

Особи, яким допомога припинялася на цьому етапі (6 осіб), виписувалися із стаціонару в перші дні внаслідок відмови від допомоги при відсутності ТПР або ознак небезпеки. В силу збереженої компетентності їм рекомендувалося лікування в амбулаторних умовах. В той же час, при тих же умовах (відсутність ТПР або ознак безпосередньої небезпеки), наявність усвідомленої згоди дозволяла пацієнтові продовжувати лікування на добровільних засадах (12 осіб).

Незалежно від вибраного напрямку, пацієнт і, при наявності, його близькі отримували об'єктивну інформацію щодо прав пацієнта, порядку здійснення різних варіантів психіатричної допомоги і заходів, що їм притаманні.

У випадках надання стаціонарної психіатричної допомоги в примусовому порядку застосовувалася формула примусової госпіталізації, слідування якій попереджувало неправомірність рішень. Визначення відсутності критичних здатностей вказувало на наявність у пацієнта



Мал. 1

Концептуальна модель надання психіатричної допомоги (ПД) в примусовому порядку

тяжкого психічного розладу, який в свою чергу впливав на компетентність, призводив до відмови від психіатричної допомоги (125 осіб, 55,6 %) або взагалі до відсутності усвідомленої згоди у випадках безпорадного стану (100 осіб, 44,4 %). В той же час, 12 осіб з безпорадним станом внаслідок недоумства було проліковано в стаціонарі на добровільних підставах, що вступає в протиріччя з доктриною усвідомленої згоди.

III. Відновно-перехідна стадія. Найбільш тривала і об'ємна по числу здійснюваних терапевтичних і реабілітаційних завдань, котрі відповідали діючим стандартам стаціонарної допомоги. За час перебування на стаціонарному лікуванні в примусовому порядку оскаржень рішень та дій лікарів-психіатрів, а також скарг з боку пацієнтів на якість психіатричної допомоги не було.

Запропонована нами концептуальна модель приведена на мал. 1.

Поліпшення психічного стану пацієнта оцінювалося за ходом редукції гострих психопатологічних розладів та відновлення критики і автономії пацієнта. Про відновлення автономії свідчили й власноручні заяви пацієнта (43 особи, 19,1 %) щодо продовження лікування на добровільних засадах.

При переході на наступний етап психіатричної допомоги, зокрема зі стаціонарного на

амбулаторний, особливого значення набувало дотримання наступності в допомозі, що детально обговорювалося з пацієнтом та з його родичем. Слід вважати недоліком у забезпеченні наступності допомоги, коли у виписному епікризі після стаціонарного лікування не вказувалися підстави і терміни призначеної судом примусової госпіталізації (12 випадків, 5,3 %).

Висновки

Суть запропонованої концептуальної моделі ПДПП полягає у використанні алгоритму оцінок, рішень та заходів із застосуванням пацієнт-центрованого підходу відповідно до клінічної картини захворювання і діючих правових та сучасних етичних позицій. Розроблена концепція надання психіатричної допомоги в примусовому порядку враховує інтереси, завдання і обов'язки всіх учасників процесу ПДПП (перш за все пацієнта, його близьких і лікаря-психіатра) і направлена на підвищення якості надаваної допомоги, а також на зниження негативних наслідків примусування, прискорення переходу пацієнта з примусового порядку надання психіатричної допомоги в добровільний. Для зменшення негативних наслідків примусування доцільно ще до ухвалення судом рішення про ПДПП починати реалізацію основних принципів біоетики, а саме поваги особи і автономії пацієнта, благодіяння і справедливості.

Особливого значення набуває надання пацієнтові та його близьким доступної інформації, що стосується як процедури усвідомленої згоди, так і ситуацій надання ПДПП з урахуванням альтернативних рішень.

Запропоновані нами стадії і стандарти алгоритму оцінок дозволили поліпшити якість ПДПП і уникнути необґрунтованих рішень, служили орієнтиром для всіх учасників процесу ПДПП. Дотримання алгоритму сприяло прийняттю адекватних рішень на кожному етапі надання ПДПП з правильним оформленням відповідної документації, дозволили уникнути як порушень

прав пацієнта, так і оскаржень дій і рішень психіатричної служби.

Механізмами реалізації концептуальної моделі є чітке дотримання вимог Закону і сучасних етичних принципів стосовно психічного стану і відповідних критеріїв ПДПП. Концептуальна модель в даному вигляді не вимагає додаткових витрат, але при цьому залишається неповною, наприклад, в області психосоціальної реабілітації, не говорячи вже про відсутність можливості впровадження мультидисциплінарного підходу при ПДПП.

Література

1. Welsh S. Modern psychiatric ethics / S. Welsh, M. P. Deahl // Lancet. — 2002. — Vol. 359, № 1. — P. 253–255.
2. Beauchamp T. L. Principles of biomedical ethics: Fifth edition / T. L. Beauchamp, J. F. Childress — New York: Oxford University Press, 2001. — 454 p.
3. Коцюбинский А. П. Функциональный диагноз в психиатрии. Сообщение II / А. П. Коцюбинский., Н. С. Шейнина, Н. А. Пенчул // Социальная и клиническая психиатрия. — 2006. — Т. 16, Вып. 4. — С. 87–89.
4. Lipkin M. Medical interview / M. Lipkin // Behavioral Medicine in Primary Care: A Practical Guide/ Ed by Mitchell D. Feldman, John F. Christensen / M. M. Lipkin. — Stamford, Connecticut: Appleton & Lange, 1997. — P.1–7.

Аутодеструктивный потенциал в ретроспективном анализе и прогнозе динамики саморазрушающего поведения

Пилягина Г.Я.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика

Резюме. У статті обговорюється поняття аутодеструктивного потенціалу (АдГл). Це значущий діагностичний інструмент, що є невід'ємною частиною системної структурно-динамічної моделі саморуйнівної поведінки. АдГл дозволяє узагальнено оцінити аутодеструктивний ефект самоушкоджень пацієнта в конкретному аутодеструктивному епізоді, та є мірою прогресивності саморуйнівної поведінки у його подальшій патодинаміці.

Використання структурно-динамічної моделі саморуйнівної поведінки у діагностичному процесі та оцінка рівня АдГл дозволяють максимально точно діагностувати і аналізувати ознаки саморуйнівної поведінки у кожному конкретному випадку. Їхнє застосування в клінічній практиці націлено на оцінку патогенетичних механізмів розвитку саморуйнівної поведінки, і того, як її прояви взаємодіють із коморбідною психічною патологією, а також як вони впливають на життя людини в цілому. А також застосування структурно-динамічної моделі, у рамках якої використовується оцінка рівня АдГл, дозволить фахівцям більш якісно та ефективно надавати допомогу пацієнтам з різними варіантами саморуйнівної поведінки.

Ключевые слова: саморуйнівна поведінка, аутодеструктивний потенціал, системна структурно-динамічна модель саморуйнівної поведінки

The System Structural-dynamic Model in the Diagnostics of Self-destructive Behaviour

Galyna PYLIAGINA

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education (Kiev, Ukraine)

Resume. In article discuss concept of the self-destructive potential (SdP). It is important diagnostic instrument of the System Structural-dynamic model of self-destructive behaviour (SdB). The SdP evaluates integrated damage effect of SdB in the actual self-destructive episode and measures its progress in future patient's life.

The use of the System Structural-dynamic model in clinical practice and assessment of a level of the SDP allows to make a diagnosis, as well as possible, and to analyze the features of SdB in each clinical case. The implementation to clinical practice both of them aimed to assess pathways and interaction between SdB features and mental pathology. Moreover, how it exerts on patient's whole life, as well. The differential diagnostics of SdB by the System Structural-dynamic model and assessment of a level of the SDP will allow doctors to treat patients more accurately and effectively.

Keywords: self-destructive behaviour, self-destructive potential, the System Structural-dynamic model of self-destructive behaviour.

Феноменология саморазрушающего поведения (СрПв) представляет собой континуум разнообразных вариантов его проявлений от минимальных с точки зрения опасности для здоровья человека и стимулирующих формирование адаптивных, развивающих стратегий поведения до крайне жизнеопасных и резко укорачивающих жизнь человека. Дифференциальная диагностика СрПв важна именно вследствие многообразия его вариантов и последствий. Основные принципы дифференциации всего континуума аутодеструктивной активности строятся на фиксации феноменологических проявлений. Она принципиально нацелена на оценку того, как они соотносятся с угрозой для здоровья и жизни человека — прежде всего, имеется в виду оценка суицидального риска или вероятности осуществления пациентом других саморазрушающих действий, а также как проявления СрПв соотносятся с психической патологией, которая диагностируется у человека. Однако этот традиционный констатирующий и

«работающий» диагностический подход не направлен на оценку прогноза развития СрПв у пациента в дальнейшем. А понимание динамических тенденций по отношению к прогрессивности развития аутодеструктивной активности может существенно улучшить эффективность оказания помощи пациентам, тем более исходя из тезиса о крайне широкой распространенности СрПв в населении (Пилягина, 2003 — 2017; Wasserman, ред., 2009; O'Connor и др., ред., 2011).

Одним из методов анализа патогенеза СрПв и прогноза его динамики в будущем по отношению к каждому конкретному случаю есть оценка уровня аутодеструктивного потенциала (АдГл), который фиксируется при диагностическом исследовании и в ходе терапии пациента.

Таким образом, **цель данного сообщения** — представить понятие АдГл как способа дифференциальной диагностики проявлений СрПв в рамках его системного диагностического анализа, а также использования АдГл

как критерия моделирования краткосрочного и долгосрочного прогноза динамики аутодеструктивной активности.

Как мы понимаем, что такое АдПл или потенциальная энергия саморазрушения в человеке, способность и вероятность реализации поведения, ведущего к осознаваемому или неосознанному преждевременному самоуничтожению? АдПл — это критерий повреждающего эффекта СрПв обобщенная мера прогрессивности в его патодинамике. Речь идет о том объеме повреждений психофизического здоровья и нарушений социально-психологического функционирования человека вследствие сформировавшегося варианта СрПв, который выявляется на момент проводимого диагностического исследования. С этой точки зрения АдПл как критерий диагностики СрПв отображает характер индивидуальных осознанных или неосознаваемых интенций к саморазрушению, формирование которых обусловлено особенностями жизни человека, характером и степенью патологизации нервно-психической деятельности, а также неспособностью или невозможностью адаптивно преодолеть критическую фрустрационную неудовлетворенность в различных сферах жизни. Таким образом, АдПл констатирует выявляемый в диагностическом исследовании «совокупный» эффект характер имеющейся психофизической деструкции индивида, степени фрустрационного напряжения и риска реализации самоповреждающих действий (СпД). В тоже время понятие АдПл подразумевает процессуальность, так как данный критерий ретроспективно и прогностически оценивает самоорганизующиеся видоизменения СрПв во времени, в процессе жизни человека в целом.

Определение АдПл у конкретного пациента как оценка повреждающего эффекта СрПв, то есть патологического итога его наличия, соотносится, прежде всего, с тем, как выявленные актуальные аутодеструктивные проявления потенциально повлияют на динамику собственно СрПв и психопатологических нарушений в дальнейшем, то есть могут проявиться в жизни пациента в будущем. С этой точки зрения АдПл — диагностическая характеристика, используемая в системной структурно-динамической модели СрПв, которая позволяет дифференцировать всю феноменологическую палитру аутодеструктивных проявлений (Пилягина, 2004, 2017). В рамках этой модели СрПв рассматривается как сложно структурированная, функциональная и самоорганизующаяся система поведения человека. Системная структурно-динамическая модель СрПв включает виды (определяет его сущность), формы (характеризует его непосредственное внешнее поведенческое проявление)

и клинико-патогенетические типы (определяет основные клинико-феноменологические свойства его конкретного варианта).

Вид СрПв — это его определенный вариант, целостный и специфичный в его причинности (мотивационной основе), направленности побуждений, феноменологии (клинической манифестации), патогенетической динамике и исходе. Выделены следующие виды СрПв: аутоагрессивное поведение (включает непатологический и патологический варианты) и собственно аутодеструктивное (самоповреждающее) поведение, которое включает несуицидальный вариант аутодеструктивного поведения, психотический вариант аутодеструктивного поведения и суицидальное поведение. Каждый из его видов представляет собой обобщенную стратегию поведения, реализуемую на протяжении определенного, преимущественно длительного периода онтогенеза (см. табл.1).

Форма СрПв — это определенный вариант его поведенческого выражения, который определяется при каждом из видов саморазрушающей активности. Это вариант поведения, который реализуется человеком в его ситуативной или повседневной активности, видим окружающим, то есть непосредственно определяет феноменологию СрПв, выявляемую в диагностическом процессе. Выделены такие формы СрПв: эквивалентная (стратегии поведения, не осознаваемые как СрПв, но ведут к явной, отсроченной во времени деструкции психофизического здоровья человека), внутренняя (поведение с осознанной желательностью самоумерщвления, но без непосредственных СпД) и внешняя (поведение, нацеленное на самоумерщвление и реализуемое непосредственными СпД). Критерии дифференциальной диагностики форм СрПв представлены в табл. 2.

Клинико-патогенетический тип СрПв — это диагностируемая совокупность клинически наблюдаемых феноменов саморазрушающей активности в актуальном состоянии пациента, которые соответствуют ее определенному виду и форме. Выделены суицидальный, парасуицидальный, псевдосуицидальный и асуицидальный типы (Пилягина, 2004, 2017). Их дифференциальные характеристики отображают качественные различия в их клинической феноменологии и патогенетических механизмах формирования СрПв, в индивидуальных психологических характеристиках (особенности аутодеструктивной личностной установки, мотивации и целеполагания) и в коморбидности с тем или иным видом психопатологического расстройства. Основные клинические характеристики клинико-патогенетических типов СрПв представлены в табл. 3.

Таблица 1
Критерии дифференциальной диагностики видов СрПв в рамках его системной структурно-динамической модели

Критерии диагностики	Виды СрПв				
	аутоагрессивное поведение		аутодеструктивное (самоповреждающее) поведение		
	непатологический вариант	патологический вариант	несуицидальный вариант	суицидальное поведение	психотический вариант
Смысловой базис поведения	неотъемлемая часть жизни человека; поведение как закономерный механизм адаптивных изменений в ходе онтогенеза, практически не имеющее повреждающего эффекта для здоровья	поведение с повреждающим эффектом для здоровья, часто неосознаваемое и реализуемое на основе выраженной фрустрации личностных потребностей	добровольное и осознанное поведение, направленное не на достижение собственной смерти, а на физическое самоповреждение организма или его отдельных органов на основе критической фрустрации личностных потребностей	добровольное и осознанное поведение, направленное на достижение собственной смерти, а на физическое самоповреждение организма или его отдельных органов на основе критической фрустрации личностных потребностей	поведение, реализуемое под воздействием психотической симптоматики, часто с тяжелым физическим самоповреждениями или летальным исходом
Формы СрПв	не выделяется, характерна активная поисковая активности	аутодеструктивная копинг-стратегия или эквивалентная	эквивалентная внешняя	внутренняя внешняя	внутренняя внешняя
КлПт тип СрПв	не выделяются	парасуицидальный псевдосуицидальный	парасуицидальный псевдосуицидальный	парасуицидальный псевдосуицидальный суицидальный и их миксты	асуицидальный
Мотивационная основа, цель и ожидаемый результат поведения	желаемое разрешение возникающих трудностей в жизни или актуальной психотравмирующей ситуации, адекватное приспособление к изменяющейся действительности и удовлетворение личностных потребностей	стойкое стремление к желаемому разрешению актуальной психотравмирующей ситуации или удовлетворению фрустрированных потребностей, прекращение психалгии, прекращение повышенного уровня фрустрационной неудовлетворенности	немедленное и желаемое разрешение актуальной психотравмирующей ситуации, отреагирование постоянных и непереносимых негативных эмоциональных переживаний, снижение критического уровня фрустрационной неудовлетворенности	осознанное желание умереть с ожиданием собственной смерти, привлекательность самоубийства как способа оставления непереносимых негативных эмоциональных переживаний, живания,	прекращение болезненных переживаний, соответствующих характеру психоза, из-за психотических симптомов ожидаемый результат не может быть оценен, так как не есть осознанным волеизъявлением пациента
Основные характеристики СпД	отсутствуют, или имеют эквивалентный характер с минимальным самоповреждающим эффектом	носят эквивалентный характер с незначительным или растянутым во времени самоповреждающим эффектом	чаще импульсивные С-пД без суицидальной мотивации - летальный исход возможен как несчастный случай или активность эквивалентная С-пД	тщательное планирование С-пД с выбором жизнеопасных, заведомо или потенциально летальных способов их осуществления	чаще импульсивные С-пД под воздействием психотических переживаний с чрезвычайно жестокими и жизнеопасными способами реализации
Коморбидность с психопатологическими расстройствами	отсутствует, возможны краткосрочные субклинические нарушения в виде отдельных невротических симптомов	длительные субклинические нарушения в виде отдельных невротических симптомов; транзиторные легкие аффективные (F3) невротические (F4), нарушения поведения у детей (F9) или психосоматические расстройства (F54)	психогенные реакции в ремиссии психотических расстройств без продуктивной симптоматики (F2), психогенная декомпенсация невротических, психопатологических расстройств (F0, F1), личностных расстройств (F60) и нарушений поведения у детей (F9); аффективные расстройства (F3); расстройства адаптации (F43); нервная анорексия (F50)	декомпенсация невротических, психопатологических расстройств в ремиссии психотических расстройств без продуктивной симптоматики (F2); аффективные (F3), невротические (F4), личностные расстройства (F60) и нарушения эмоций и поведения у детей (F9);	различные варианты психотических расстройств с явной продуктивной симптоматикой или синдромами расстройства сознания (F0x.x, F1x.5, F1x.75, F2, F32.3)

Таблица 2
Критерии дифференциальной диагностики форм СрПв в рамках его системной структурно-динамической модели

Критерии	Формы СрПв		внешняя
	эквивалентная	внутренняя	
Основные фенотипические характеристики	<ul style="list-style-type: none"> - постоянная реализация различных аутодеструктивных поведенческих паттернов в виде опосредованного поведенческого выражения повышенной фрустрационной неудовлетворенности при отсутствии осознаваемой суицидальной мотивации; - нежизнеопасный вариант реализации поведения, преимущественно обладающий низким или умеренным уровнем аутодеструктивного потенциала; 	<ul style="list-style-type: none"> - фантазии, виртуальные переживания вследствие критического фрустрационного недовольства в виде антивитальных и суицидальных идей или подготовительное поведение к реализации СрПд при наличии осознаваемой суицидальной мотивации и суицидальных тенденций; - относительно нежизнеопасный вариант поведения с умеренным или высоким уровнем аутодеструктивного потенциала; 	<ul style="list-style-type: none"> - непосредственная реализация различных вариантов СрПд обычно при наличии осознаваемой аутодеструктивной или суицидальной мотивации (за исключением асуицидального типа); - наиболее жизнеопасный вариант, обладающий высоким и максимальным уровнем аутодеструктивного потенциала;
Основные поведенческие проявления	<ul style="list-style-type: none"> - зависимость от употребления психоактивных веществ; - делинквентное, неадекватное агрессивное и провокативное (эпатажное) поведение; - рисковое поведение, включая профессиональную деятельность, спорт и околоспортивную активность; - вовлеченность в нехимические (межличностные, виртуальные, статусные зависимости) и пищевые аддикции; - промискуитет; - неадекватное поведенческое экспериментирование и исследование границ индивидуальных возможностей, с внешностью и своим телом; - поведение, обусловленное религиозным, духовным, идеологическим, исследовательским фанатизмом; - работорголизм и перфекционизм; - постоянное жертвенное поведение; - рисковое поведение, активное участие в неформальных социальных группировках; - необъяснимо частая болезненность или травматичность; - инфантильное поведение с преувеличением своих страданий; - поведение при постоянном переживании прошлого, настоящего и будущего как безнадежного; - постоянная вовлеченность в поиск информации о насилии, смерти, самоубийствах; 	<ul style="list-style-type: none"> - различные варианты аутодеструктивного поведения без осознаваемой суицидальной мотивации при наличии антивитальных переживаний и суицидальных фантазий (например, игнорирование проблем со здоровьем и опосредованный отказ от лечения; рисковое, агрессивное-провокативное, жертвенное, фанатичное поведение, обусловленное аттрактивностью собственной смерти); - различные варианты аутодеструктивного поведения с осознаваемой суицидальной мотивацией (например, при наличии суицидальных мыслей мотивацией при наличии суицидальных мыслей (например, рисковое, жертвенное, агрессивное-провокативное поведение как поиск собственной смерти) - подготовительное поведение к реализации суицидальных действий и поведение прощания при наличии суицидальных тенденций; 	<ul style="list-style-type: none"> - несуицидальные СрПд (несуицидальные порезы, прижигания; несуицидальный отказ от пищи; несуицидальные самоотравления; несуицидальная ампутация отдельных органов и частей тела); - реализация СрПд вследствие аутодеструктивного поведения с осознаваемой суицидальной мотивацией и крайне высоким суицидальным риском (сознательный отказ от лечения; злостная; неуправляемые химические зависимости с осознанным поиском собственной смерти; рисковое, жертвенное, агрессивное-провокативное поведение как непосредственный, добровольный путь к достижению собственной смерти); - суицидальная попытка; - самоубийство
Клинико-патогенетические типы	Не выделяются	парасуицидальный, псевдосуицидальный суицидальный и их миксты, асуицидальный	парасуицидальный, псевдосуицидальный суицидальный и их миксты, асуицидальный

Таблица 3
Критерии дифференциальной диагностики типов СРПв в рамках его системно-структурно-динамической модели

Критерии диагностики	Клинико-патогенетические типы СРПв			
	парасуицидальный	псевдосуицидальный	асуицидальный	асуицидальный
Основные характеристики реализации СРД	- чаще импульсивные СРД; - выбор преимущественно нежизнеопасных способов их реализации;	- импульсивные, демонстративно-шантажные СРД; - выбор нежизнеопасных способов их реализации, летальный исход возможен как несчастный случай	- тщательное планирование СРД; - выбор жизнеопасных способов их осуществления с высокой вероятностью тяжелых соматических осложнений и летального исхода;	- чаще импульсивные СРД под воздействием психотических симптомов; - изолированно жестокие жизнеопасные способы их реализации с высокой травматичностью и вероятностью летального исхода;
Личностная мотивация	- желаемое разрешение актуальной психотравмирующей ситуации на фоне фрустрации жизненных потребностей, а не достижение добровольной смерти; - суицидальная мотивация чаще отсутствует;	- немедленное разрешение актуальной ситуации манипулятивным способом для достижения исключительно желаемого результата на фоне инфантильных установок; - суицидальная мотивация отсутствует;	- аттрактивность добровольной смерти как единственного способа разрешения психо-травмирующей ситуации на фоне крайней фрустрации базисных потребностей и мета-потребностей; - осознанная суицидальная мотивация («отрицательный жизненный баланс»);	- мотивация обусловлена содержанием болезненных психотических переживаний; - суицидальная мотивация чаще отсутствует;
Основные психопатологические характеристики	- механизм смещения, переадресации фрустрированной агрессии на себя; - нарушение избирательности внимания; - выраженные тревога, страх, астенизация;	- регрессивный механизм реакции на выраженную фрустрацию жизненных потребностей; - манипулятивное, рентное поведение; - нарушение тестирования реальности; тревога, дисфория;	- механизм самоотрицания; - туннельное, дихотомичное мышление; - выраженные тревога, страх, но возможно их полное подавление («холодный пресуицид»); - выраженная астенизация или апатия;	- механизм смещения агрессии на себя в рамках психоза; - поведение, аффективные переживания и когнитивные характеристики обусловлены особенностями психотических расстройств;
Наиболее часто встречающиеся коморбидные психопатологические расстройства и синдромы	- краткосрочные или пролонгированные расстройства адаптации (F43) с тревожной, фобической, астенической или депрессивной симптоматикой; - психогенная декомпенсация; - эмоционально-неустойчивого, инфантильного, истерического видов личностных расстройств (F60.x);	- краткосрочные расстройства адаптации (F43) с истеро-дисфорической или истеро-тревожной симптоматикой; - психогенная декомпенсация истерического, инфантильного, эмоционально-неустойчивого, диссоциального видов личностных расстройств (F60.x);	- пролонгированные расстройства адаптации (F43) с депрессивной, астенической или фобической симптоматикой; - умеренный или тяжелый депрессивный эпизод (F32.x, F33.x); дистимия (F34); - психогенная декомпенсация эмоционально-неустойчивого, шизоидного, анакнестного, зависимого видов личностных расстройств (F60.x);	- параноидный, галлюцинаторный, депрессивный синдромы при шизофрении; шизоаффективном, шизотипическом, остром полиморфном психотическом расстройстве или хронических бредовых психозах (F2); - экзогенные психозы с синдромами расстройства сознания (F0, F1x.5);
Регистр расстройств	непсихотический	непсихотический	непсихотический	психотический
Наиболее часто встречающиеся соматические расстройства	возможно при резком ухудшении состояния физического здоровья или факте диагностирования тяжелой прогрессирующей соматической патологии	не характерны	наличие тяжелого инвалидизирующего или смертельного соматического заболевания	не характерны, влияют на проявления С-рПв только как этиологическая основа (при инфекционных или интоксикационных психозах)

Диагностика клинического варианта аутодеструктивной активности и максимально адекватная оценка уровня АдПл в каждом конкретном случае возможны только при использовании в диагностическом процессе всех структурных компонентов системной структурно-динамической модели СрПв. Такой системный аналитический подход дает возможность с определенной достоверностью иметь представление о дальнейшей патодинамике СрПв у индивида, как в ближайшем, так и в отдаленном будущем.

Уровень АдПл определяется с помощью обобщенной оценки проявлений саморазрушающей активности и его патогенетических компонентов относительно конкретного временного периода в жизни человека. В клинической практике практически всегда уровень АдПл конкретизируется по отношению к актуальному аутодеструктивному эпизоду. Аутодеструктивный эпизод — это период времени, в котором можно отграничить момент возникновения и окончания проявлений СрПв, а также осмыслить путь его формирования. Обычно такой временной отрезок длится от нескольких дней до нескольких недель (реже — месяцев). Максимально точно аутодеструктивный эпизод можно выделить при самоповреждающем, в том числе, суицидальном поведении (вид СрПв), в случае осуществления суицидентом СпД, то есть при диагностировании внешней формы СрПв. В актуальном аутодеструктивном эпизоде уровень АдПл определяется по совокупности признаков СрПв на момент диагностики, в частности, путем анализа имеющих аутодеструктивных проявлений и сопоставления суицидогенных и антисуицидальных характеристик относительно актуального состояния человека.

Другой вариант оценки уровня АдПл — это анализ определенного исследуемого периода жизни пациента, в том числе — всего жизненного пути человека. Благодаря ретроспективному диагностическому анализу отдельного периода жизни или всего онтогенеза человека становится понятным патогенетический путь развития СрПв, выявляемой на момент диагностического исследования. Имеется в виду качественная и количественная оценка влияния различных факторов на степень психофизической деструкции индивида, выявляемой в процессе диагностики: средовых (социальных), ситуативных (характер и значимость суицидогенного конфликта), личностных (патопсихологических), психопатологических (характеристики, длительность и тяжесть коморбидных патопсихологических расстройств), патофизиологических (наличие соматической патологии). Такой способ определения уровня АдПл эффективен в случае затруднений с верификацией границ актуального

аутодеструктивного эпизода. Обычно, такой подход является целесообразным при выявлении аутоагрессивного поведения или несуицидального варианта аутодеструктивного поведения (виды СрПв), эквивалентной или внутренней формы СрПв.

Любой из предложенных вариантов определения уровня АдПл позволяет с относительной вероятностью моделировать характер возможного повреждающего эффекта с точки зрения дальнейшего прогредиентного развития СрПв и устанавливать горизонт прогноза для такого анализа. Горизонт прогноза — это период времени жизни человека, в рамках которого с достаточно высокой вероятностью можно предсказать динамику общего состояния суицидента и проявлений СрПв, учитывая высоковероятные изменения в патодинамике аутодеструктивной активности и коморбидной психической патологии в дальнейшем.

Еще одной важной семантической особенностью понятия АдПл есть то, что оно не ограничивается рамками суицидального поведения — суицидальными установками и их реализацией у конкретного человека. Речь идет о том, что специалисты часто приравнивают СрПв, включая все его многообразие, к суицидальному поведению. И, исходя из подобного тезиса, как эквивалентные воспринимаются понятия «аутодеструктивный потенциал» и «суицидальный риск» — эти понятия не тождественны. В клинической практике традиционно акцент диагностики смещен к определению выраженности именно суицидального риска у конкретного пациента или относительно изучаемой группы людей — обычно в рамках эпидемиологических исследований. Важно понимать, что термин «суицидальный риск» характеризует степень вероятности формирования суицидального поведения (оценивая сохранность в будущем суицидальных побуждений), в частности — реализации пациентом суицидальных действий (Чуприков и др., 1999; Wasserman, Wasserman, ред., 2009). Исходя из семантики системной структурно-динамической модели СрПв, суицидальный риск применим только к зоне суицидального поведения (как вида СрПв) и ограничивается его рамками. Однако по отношению к другим видам и формам СрПв отождествление суицидального риска и АдПл семантически не точно, а часто и не оправдано, так как суицидальное поведение, оцениваемое критерием суицидального риска — это только один из видов аутодеструктивной активности. Тем не менее, в клинической практике часто именно в такой интерпретации оценивается вероятность осуществления любых СпД, несущих принципиально разную степень угрозы здоровью и

жизни пациента. Например, при несуицидальном аутодеструктивном поведении собственно суицидальный риск отсутствует (с точки зрения оценки возможной реализации самоубийства), в то время как вероятность реализации СпД максимальна, а угроза жизни суицидента в случае повреждения жизненно важных органов при их реализации в подобном случае также высока, как и при суицидальном поведении. Этот пример показывает, что клиническая квалификация и оценка уровня суицидального риска при таком несуицидальном аутодеструктивном поведении (как виде СрПв) не правомочна с точки зрения вероятности самоубийства. А смерть в таком случае вследствие самоповреждения будет квалифицирована как несчастный случай. Тем не менее, определение уровня АдПл у таких пациентов, в рамках проведения системного диагностического анализа СрПв, даст возможность адекватно и обобщенно оценить повреждающий эффект для их здоровья и жизни в целом.

И применительно к анализу отдельного аутодеструктивного эпизода оценка суицидального риска и анализ АдПл не являются взаимозаменяемыми. Например, в ситуации неожиданной для человека смерти близкого родственника в подавляющем большинстве случаев уровень АдПл резко усиливается. Однако уровень суицидального риска в подобной ситуации будет существенно отличаться в зависимости от того, кого потерял пациент, и каково было его психофизическое состояние на момент случившейся трагедии.

Так, у психически здорового, взрослого человека неожиданная смерть родителя явно усилит уровень АдПл при формировании острой транзитной депрессивной (синдром острого горя) или соматоформной реакции, они квалифицируются как эквивалентная формы СрПв. Но в любом из этих вариантов реагирования уровень суицидального риска будет минимальным при высоком транзитном уровне АдПл, который на несколько недель или месяцев может повыситься, а потом прийти к обычному уровню (при этом изменения в уровне суицидального риска вовсе не будут наблюдаться).

Однако, если у взрослого человека неожиданно умрет не родитель, а ребенок, то в этой ситуации, даже при отсутствии у индивида психических расстройств, катастрофически резкое повышение уровня АдПл, во многих случаях, может коррелировать с резким повышением уровня суицидального риска. В случае смерти ребенка, даже если уровень суицидального риска достаточно быстро уменьшится при наличии у человека мощных антисуицидальных внешних и внутренних факторов, то уровень АдПл будет высоким в течение длительного времени и может вызвать глубокую патологизацию психики,

существенно и деструктивно повлиять на ход жизни человека в целом.

Другим примером, доказывающем нетождественность и относительность в корреляции уровня суицидального риска и АдПл может быть их оценка в ситуации формирования тяжелого депрессивного эпизода. Становление данного психопатологического расстройства соответствует высокому уровню АдПл, который может еще больше усиливаться при формировании меланхолического варианта депрессии с интенсивной выраженностью депрессивной триады: идеаторной, двигательной заторможенности и крайне сниженного настроения. Однако на высоте депрессивной симптоматики уровень суицидального риска существенно ниже, чем в период ее нарастания или снижения — выхода в ремиссию, когда депрессивные переживания еще актуальны, а двигательная, поведенческая активность уже начинает оживляться. Именно в эти периоды, отнюдь не при наибольшей остроте депрессивной симптоматики, уровень именно суицидального риска может быть максимальным. Тогда как уровень АдПл не будет претерпевать изменений. Он будет высоким на протяжении всей протяженности манифестного депрессивного состояния, включая периоды и остроты депрессивного эпизода, и компенсации состояния пациента.

Нетождественность и относительность корреляции уровня суицидального риска и АдПл также подтверждается примером отличий в выраженности последнего и вероятности реализации СпД у пациентов с расстройствами сознания токсического генеза. Так, при алкогольном делирии крайне высока опасность реализации импульсивных СпД под воздействием интенсивных болезненных переживаний, обусловленных галлюцинаторно-параноидной симптоматикой и измененным состоянием сознания. У такого пациента и до развития алкогольного делирия уровень АдПл был высоким (вследствие наличия синдрома хронической алкогольной зависимости). Тем не менее, угроза импульсивной реализации СпД с большой степенью риска летальности или инвалидизирующих соматических осложнений крайне усиливается только при формировании делириозного расстройства сознания и качественно снижается при купировании проявлений делирия. Однако в этом случае также высокую вероятность импульсивной реализации СпД нельзя квалифицировать как суицидальный риск, так как пациенты в психическом состоянии не способны к осознанному выбору поведения, направленного на добровольное самоумерщвление.

Если уровень АдПл может быть соотносимым, а может и не соответствовать степени

выраженности суицидального риска, то интенсивность последнего, наоборот, всегда имеет прямую корреляцию с характеристиками АдПл. Так, если при осмотре пациента выявляется высокий уровень суицидального риска, то он всегда соответствует высокому или максимальному уровню АдПл (в рамках конкретного аутодеструктивного эпизода).

Основными критериями высокого или максимального уровня АдПл и, соответственно, высокого уровня суицидального риска (или их резкого и быстрого повышения) являются проявления суицидального кризиса (Чуприков и др., 1999, Пилягина, 2004 — 20014). К его характеристикам относятся: неоднократное совершение в недавнем прошлом несуицидальных СпД или суицидальной попытки; выявление и сохранность стойких суицидальных тенденций или коммуникаций в пресуицидальном или постсуицидальном периоде; готовность к реализации СпД, явная для окружающих (например, признаки принятия суицидального решения — прощание, приготовления к смерти); коморбидные тяжелые психопатологические расстройства (прежде всего, депрессивная и психотическая симптоматика, а также психогенная декомпенсация любых хронических непсихотических психических нарушений, усиливающих искаженное тестирование реальности в условиях психотравмирующей ситуации и нарушения импульс-контроля).

К патопсихологическим факторам, вызывающим сопряженное повышение уровня АдПл и суицидального риска, относятся субъективно непереносимое переживание, безнадежности, безысходности, гнева, брошенности и отчуждения, одиночества, ненависти к себе, унижения, незаслуженных упреков, обременительности для близкого окружения. Эти переживания, а, соответственно, и уровень АдПл усиливаются при наличии психофизического перенапряжения или истощения; отсутствии социальной поддержки в конкретных психотравмирующих обстоятельствах; резком усилении употребления алкоголя или наркотиков (Чуприков и др., 1999, Пилягина, 2004 — 20014; Wasserman, ред., 2009; O'Connor и др., ред., 2011).

Сочетание различных суицидогенных факторов и длительное наличие высокого или максимального уровня АдПл и суицидального риска потенцирует формирование наиболее тяжелых, жизнеопасных манифестных вариантов СрПв, включая становление суицидальной карьеры (Пилягина, 2003 — 2017; Пилягина, Чумак, 2007, 2013).

Однако чаще всего уровень АдПл и выраженность суицидального риска не совпадают, исключая случаи острой, внезапно возникшей психотравмирующей ситуации или острого

психотического эпизода у пациентов, имевших до его эксацербации явные суицидальные интенции. Вне конкретного аутодеструктивного эпизода, даже при высоком уровне АдПл, у большинства пациентов с манифестными вариантами СрПв выявляется его эквивалентная форма в виде, прежде всего, химических и поведенческих зависимостей или делинквентного поведения. В большинстве случаев эквивалентные проявления СрПв, несмотря на их выраженный деструктивный эффект для человека, сопровождаются низкой или умеренной степенью выраженности суицидального риска. Тем не менее, в таких случаях, при низком суицидальном риске, но высоком уровне АдПл, будет выраженный повреждающий эффект для психофизического здоровья результатом аутодеструктивных стратегий поведения как повседневной поведенческой активности. Он будет потенцировать существенную деструкцию здоровья и качества жизни человека, а также ее укорочение отнюдь не путем формирования суицидального поведения.

Таким образом, уровень АдПл не тождественен выраженности суицидального риска, который представляет собой только один из частных случаев АдПл, соотносимый с суицидальным поведением.

Итак, по сути, уровень АдПл — это мера возможностей человека к адаптивному саморазвитию в ее отрицательной коннотации (невозможности, неспособности), но применяемая в прикладном значении — в процессе диагностического анализа различных клинических вариантов СрПв.

По степени выраженности настоящего или возможного повреждающего эффекта для человека уровень АдПл оценивается как минимальный, низкий, умеренный, высокий или максимальный уровень. А оценка уровня АдПл применима к любому из видов, форм и клинических типов СрПв (см. табл.4). Его относительная количественная, косвенная психометрическая оценка соотносится с континуумом всем возможных вариантов СрПв.

В клинической практике минимальный уровень АдПл не встречается. Он, в принципе, может быть выявлен у достаточно небольшого количества людей с хорошим психофизическим здоровьем и эффективной социальной адаптивностью. В реальной жизни такой вариант встречается не так часто — у людей, осознанно поддерживающих определенный образ жизни, тщательно сбалансированный с точки зрения здоровья индивида, личностных потребностей и социальных обязанностей. Лиц, живущих подобным образом, явно не так много, поэтому для большинства людей, в континуальной исторической протяженности их жизни, обычно

характерен низкий или умеренный уровень АдПл. Так, любая незаурядная, талантливая или социально успешная личность в обязательном порядке большую часть внутренней энергии направляет в одну из сфер своей жизни, игнорируя адаптивный баланс в других — будь это профессиональная деятельность, личная жизнь (партнерство, родительство), здоровье или отдых. Интенсивная активность в какой-либо из сфер жизни, подкрепляемая ощущением личностной успешности в этой области, постепенно приводит к усилению общей фрустрации вследствие нарастающей неудовлетворенности в других сферах жизни. Это способствует накоплению, как проблем, так и психофизического истощения, что потенцируют формирование, как минимум, невротических психопатологических расстройств. Таким образом, устанавливается и поддерживается, как минимум, умеренный уровень АдПл. А в условиях субъективно значимых психотравмирующих обстоятельств уровень АдПл у такой личности может быстро повыситься на фоне формирования клинически манифестных вариантов СрПв.

Если у большинства психически здоровых людей обычно жизнь сопровождается низким и периодически умеренным уровнем АдПл, то в клинической практике чаще встречаются пациенты с его высоким и максимальным уровнем. Эти пациенты либо самостоятельно обращаются за помощью к специалисту, либо попадают в поле зрения клиницистов в связи с тяжелым психопатологическим расстройством, явными суицидальными интенциями, а часто — после реализации СпД. Но случаи выявления максимального уровня АдПл, тем более его наличие в течение длительного периода времени жизни человека встречаются достаточно редко. Прежде всего, потому, что максимальный уровень АдПл коморбиден острым тяжелым психопатологическим расстройствам и соотносится с высоким уровнем суицидального риска. Он выявляется только при жизнеопасных проявлениях СрПв — например, таком его виде, как суицидальное поведение в виде внутренней формы со стойкими суицидальными тенденциями и возможным быстрым переходом к внешней форме с реализацией суицидальных действий с высоким уровнем потенциальной летальности. Также это касается жизнеопасного варианта несуицидального аутодеструктивного поведения (например, при тяжелой форме нервной анорексии или передозировке наркотическими веществами) или его психотического варианта, при котором пациенты часто осуществляют импульсивные, СпД. К сожалению, в подобных случаях максимальный уровень АдПл проявляется суицидальным или аутодеструктивным императивом,

реализуется путем несуицидальных аутодеструктивных или суицидальных действий и может завершиться смертью человека или иметь иные тяжелые соматические осложнения и инвалидизирующие последствия. Однако, достаточно часто состояние, в котором находится человек с максимальным уровнем АдПл, активизирует приспособительное поведение — поиск помощи (обычно это случаи с импulsive реализацией СпД, когда у пациента выявляется парасуицидальный или псевдосуицидальный клинко-патогенетический тип СрПв). При получении эффективного профессионального вмешательства и социальной, психологической поддержки со стороны ближайшего окружения уровень АдПл и суицидального риска у таких пациентов достаточно быстро снижается.

Однако, существуют такие состояния, при которых максимальный уровень АдПл длительно сохраняется. Это характерно для больных с тяжелым депрессивным эпизодом или декомпенсацией личностных расстройств, имеющих сверхценные суицидальные идеи или тенденции, а также у пациентов, страдающих психотическими расстройствами с непрерывным типом течения, а также хроническими, тяжелыми формами алкогольной или наркотической зависимости. Длительная сохранность высокого уровня АдПл и его рост до максимального выявляется при нарастании физической немоции вследствие тяжелого течения соматических заболеваний, включая органические поражения ЦНС травматического или иного генеза. Тем не менее, у таких пациентов, несмотря на выявляемый максимальный уровень АдПл, уровень суицидального риска колебаться в течение дней и недель не превышать умеренную степень выраженности.

Резкое усиление или снижение уровня АдПл в конкретном аутодеструктивном эпизоде существенно зависит от ведущего внешнего триггера — особенностей психотравмирующей ситуации, которая становится для человека суицидогенным конфликтом, и активностью антисуицидальных личностных факторов. На уровень АдПл (суицидального риска) в конкретном аутодеструктивном эпизоде непосредственно влияет характер эмоциональных переживаний и когнитивного осмысления происходящего. При резком повышении АдПл на фоне переживания безнадежности и разочарования резко усиливается уровень суицидального риска и драматически повышается вероятность реализации самоповреждающих или суицидальных действий.

Вне зависимости от того, как оценивается уровень АдПл (в рамках конкретного аутодеструктивного эпизода или в длиннике определенного этапа жизни человека), многократная повторность эпизодов с клинической

манифестацией проявлений СрПв в биографии пациента, тем более, эпизодов с суицидальным поведением, свидетельствует, как минимум, о высоком уровне АдПл на момент проведения системного диагностического анализа. В таких случаях СрПв практически всегда коморбидно различным вариантам хронических психопатологических расстройств.

В случае наличия высокого или максимального уровня АдПл и суицидального риска несвоевременность помощи часто вызвана недооценкой самим пациентом, его ближайшим окружением или специалистами тяжести собственно саморазрушающих интенций. В таких случаях, если пациент никогда не обращался за профессиональной помощью, ни он сам, ни его окружение не могут адекватно оценить происходящее и необходимый для него объем помощи. А в случаях, когда пациенты длительно страдают каким-либо тяжелым психическим расстройством и получают соответствующее лечение, врачом акцентируется необходимость купирования психопатологической симптоматики и крайне редко анализируется характер и патогенез проявлений собственно СрПв. Но при обоих вариантах формирования максимального уровня АдПл такие суициденты часто импульсивно совершают аутодеструктивные действия вследствие выраженности болезненных аффективных или психотических симптомов: например, в состоянии острого психогенного шока, психотического депрессивного раптуса, под

воздействием императивных псевдогаллюцинаций или вследствие синдрома расстройства сознания. Поэтому их острейший пресуицидальный период обычно проходит без свидетелей либо ими становится ближайшее окружение суицидента, способное лишь непосредственно предотвратить реализацию СпД, крайне опасных для здоровья и жизни пациента, и заставить его прибегнуть к профессиональной помощи.

У подавляющего большинства пациентов оценки уровня АдПл и его горизонта прогноза в конкретном аутодеструктивном эпизоде, дает возможность специалисту выбрать адекватную форму и объем неотложной интервенции или длительной терапии. Это может существенно снизить прогрессивность патодинамики СрПв и запустить процесс ее возвратной саногенной трансформации.

Таблица 4 демонстрирует, что горизонт прогноза резко уменьшается с повышением уровня АдПл и утяжелением проявлений СрПв. Внешняя форма СрПв соотносится с периодом времени от принятия суицидального решения до реализации СпД, а также включает острый постсуицидальный период — временной промежуток не более, чем неделя после осуществления СпД (Чуприков и др., 1999). В этом временном интервале максимально ясно выявляется непосредственное причинно-следственное взаимовлияние осуществления СпД и выраженности АдПл (суицидального риска), что дает возможность оценить горизонт прогноза

Таблица 4

Значения уровня АдПл (суицидального риска) при различных видах, формах и клинко-патогенетических типах СрП в рамках его системной структурно-динамической модели

Уровень АдПл (суицидального риска)	Компоненты системной структурно-динамической модели СрПв			
	вид	форма	клинко-патогенетические типы	горизонт прогноза
минимальный или низкий	аутоагрессивное поведение	аутоагрессивная копинг-стратегия	-	недели
умеренный	несуицидальный вариант аутодеструктивного поведения	эквивалентная	парасуицидальный, псевдосуицидальный	
	суицидальное поведение	внутренняя	парасуицидальный, псевдосуицидальный, суицидальный, суицидально-псевдосуицидальный	дни — недели часы — дни
высокий	психотический вариант аутодеструктивного поведения		асуицидальный	
	несуицидальный вариант аутодеструктивного поведения	внешняя	парасуицидальный, псевдосуицидальный	часы
	суицидальное поведение		парасуицидальный, суицидальный	
максимальный			суицидальный, суицидально-псевдосуицидальный	минуты — часы
	психотический вариант аутодеструктивного поведения		асуицидальный	

Таблица 5
Соотношение уровня АдПл, клинико-патогенетических типов, ведущих психопатологических синдромов, мотивации реализации СпД, варианта постсуицидального периода и горизонта прогноза в системной структурно-динамической модели СрПв

Уровень АдПл (С-ч риска)	клинико-патогенетических типы СрПв	Наиболее часто выявляемые клинические синдромы	Мотивация реализации СпД	Вариант постсуицидального периода	Горизонт про- гноза
Низкий	парасуицидальный	тревожно-фобический тревожно-астенический ипохондрический	призыв	критический	недели
	псевдосуицидальный	истерический	манипулятивные, рентные установки	манипулятивный	
Умеренный	парасуицидальный	тревожно-фобический тревожно-астенический тревожно-депрессивный обсессивный	призыв избегание самонаказание	критический аналитический	дни
	псевдосуицидальный	тревожно-истерический истеро-дисфорический	протест манипулятивные, рентные установки	манипулятивный аналитический	
	суицидальный	астено-депрессивный тревожно-депрессивный депрес- сивно-фобический	призыв избегание	аналитический	
	асуицидальный	параноидный депрессивно-параноидный	избегание в психозе самопожертвование в психозе	психотический вариант аналити- ческого	
	парасуицидальный	астено-депрессивный депрессивно-фобический тревожно-дисфорический обсессивный	избегание самонаказание	аналитический суицидально-фиксированный	
Высокий	псевдосуицидальный суицидально-псевдосуи- цидальный	тревожно-истерический истеро-депрессивный истеро-дисфорический	избегание протест, месть манипулятивные, рентные установки	психотический вариант аналити- ческого	часы, дни
	суицидальный	депрессивный депрессивно-фобический	самонаказание самопожертвование		
	асуицидальный	депрессивно-параноидный галлюцинаторно-параноидный параноидный маниакальный	самонаказание в психозе самопожертвование в психозе аутодеструктивный императив в психозе		
	суицидальный суицидально-асуицидальный	депрессивный истеро-дисфорический истеро-депрессивный	суицидальный императив	суицидально-фиксированный	
Максимальный	асуицидальный	депрессивно-параноидный галлюцинаторно-параноидный делириозный	аутодеструктивный императив вследствие психотического состояния	психотический вариант суици- дально-фиксированного	часы
	асуицидальный	асуицидальный	асуицидальный	асуицидальный	

динамики СрПв в дальнейшем, включая вероятность рецидивирования СпД.

В табл. 5 сопоставлен рост уровня АдПл (суицидального риска) с характеристиками клинко-патогенетических типов, мотивацией реализации СпД, вариантами ближайшего постсуицидального периода и горизонта прогноза динамики СрПв, а также ведущими психопатологическими синдромами, которые наиболее часто выявляются в таких случаях. Характеристики клинко-патогенетического типа, постсуицидального периода и мотивации СпД являются наиболее значимыми диагностическими критериями в диагностической оценке уровня АдПл (суицидального риска) в ближайшем постсуицидальном периоде, в котором, согласно структурно-динамической модели патодинамики СрПв, диагностируется только его внешняя форма.

Выводы

Адекватная диагностическая оценка уровня АдПл в ближайшем постсуицидальном периоде имеет максимальное значение в работе с суицидентами. Факт совершения суицидальной попытки или несуйцидальных самоповреждений во многих случаях, особенно при их первичной реализации суицидентами в молодом возрасте, становится причиной первого обращения за профессиональной помощью.

Следовательно, часто именно в постсуицидальном периоде первого аутодеструктивного эпизода впервые ставится вопрос об объеме и способах оказания терапевтической помощи пациенту. Но, главное, это тот период, в котором терапевтическая эффективность неотложного вмешательства очень высока, особенно, если речь идет о суицидентах с парасуйцидальным клинко-патогенетическим типом или при умеренном уровне АдПл.

Системный анализ патодинамики СрПв с помощью его системной структурно-динамической модели позволяет адекватно оценивать уровень АдПл, определить повреждающий эффект различных вариантов манифестации аутодеструктивной активности и с высокой вероятности прогнозировать динамику ее проявлений в конкретном эпизоде и в долгосрочной перспективе (в рамках горизонта прогноза). Следовательно, в работе с конкретным пациентом это позволяет анализировать, что из всего многогранного спектра феноменов СрПв и паттернов поведения обладает наиболее повреждающим воздействием для индивида с точки зрения ближайшего и отдаленного периодов его жизни. Таким образом, это дает клиницисту способ адекватной, объективизированной диагностики клинко-феноменологических проявлений СрПв, а также возможность вырабатывать и применять эффективные стратегии их терапии.

Литература:

1. Пилягина Г.Я. Клинко-патогенетическая типологизация аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9. — № 3 (34). — С. 24–30.
2. Пилягина Г.Я. Механизмы суицидогенеза и оценка суицидального риска при различных формах аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. — 2003. — Т. 9, № 4(35). — С. 18–26.
3. Пилягина Г.Я. Многоликость саморазрушения (особенности патогенеза аутодеструктивных эквивалентов). // Таврич. журн. психиатрии. — 2002. — Т. 6, № 2(19). — С. 52–56.
4. Пилягина Г.Я. Особенности суицидогенеза аутоагрессивного поведения в молодом возрасте // Проблеми медичної науки та освіти. — 2003. — № 4. — С. 53–57.
5. Пилягина Г.Я. Применение комплексных методов диагностики при аутоагрессивном поведении // Таврич. журнал психиатрии. — 2003. — Т. 7. — № 3(24). — С. 76–82.
6. Пилягина Г.Я. Теоретическая модель патогенеза аутоагрессивного поведения в ракурсе перспективы суицидологических исследований // Мат-лы XIV съезда психиатров России (15–18 ноября 2005, Москва, Россия). — С. 446.
7. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Сравнительные характеристики некоторых показателей лиц с первичными и повторными аутоагрессивными действиями // Архив психиатрии. — 2005. — Т. 11, № 2(41). — С. 13–18.
8. Пилягина Г.Я., Чумак С.А. Суицидогенез: патогенетические механизмы рецидивирования аутоагрессивного поведения // Архив психиатрии. — 2007. — Т. 13, № 2(49). — С. 6–21.
9. Пилягина Г.Я., Чумак С.А., Семенцук В.Э. Экзистенциальный кризис в суицидогенезе и становлении «суицидальной карьеры» // Збірн. науков. праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика. — К., 2008. — Вип. 17. — Кн. 1. — С. 866–881.
10. Чуприков А.П., Пилягина Г.Я., Войцех В.Ф. Суицидология. Основные термины и понятия: Метод. пособ. — К., 1999. — 60 с.
11. International Handbook of Suicide Prevention: Research, Policy and Practice (Eds. R.C. O'Connor, S. Platt, J. Gordon). — John Wiley & Sons, Ltd. 2011. — 677 p.
12. Oxford Textbook of Suicidology and Suicide Prevention (Eds. D. Wasserman, C. Wasserman). — Oxford: Oxford University Press, 2009. — 620 p.
13. Pyliagina G. Differential diagnostic of Self-destructive Behaviour via Structural-dynamic Model // Abstracts of the 25 European Congress of Psychiatry. — S404

Биологические детерминанты суицидального поведения

Розанов В.А.

Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова

Биологические детерминанты суицидальности — особая сфера суицидологии, трактуемая поведенческие, мотивационные, когнитивные, психологические и психиатрические факторы самоубийства с позиций нейробиологии поведения и поведенческой генетики. Она включает в себя анализ структурных и функциональных особенностей нейронных сетей и ведущих медиаторных систем мозга, звеньев нейроэндокринной регуляции, вовлеченных в стресс-реакцию, всех прочих биологических механизмов, так или иначе связанных с широким спектром суицидальных проявлений — от суицидальных мыслей, коммуникаций и попыток до завершеного суицида. Основное внимание при этом уделяется нейробиологическим (прежде всего генетическим и эпигенетическим механизмам), предопределяющим эти особенности, с учетом роли такого фактора как нейропластичность, а также их подтверждения средствами современной нейровизуализации. Ключевым моментом является анализ взаимодействий, ковариаций и взаимозависимостей генетических факторов и среды, в том числе социальной.

К этому очень близка проблема генетических и нейробиологических механизмов основных психических расстройств, ассоциированных с суицидом, предрасполагающих черт личности и темперамента, а также нейрофизиологических механизмов, определяющих протекание телесных и когнитивных процессов при суицидальном кризисе. Сюда же относится такое практическое направление, как поиск и оценка валидности генетических и иных доступных периферических маркеров суицидальности, использование которых с целью предсказания вероятности суицидального поведения могло бы послужить практическим целям суицидальной превенции.

Лица, совершающие самоубийства, представляют собой гетерогенную группу, однако стремление обобщить, представить некую объединяющую схему или модель для понимания самоубийства, всегда остаются актуальными. В этом смысле биологические модели суицида, т. е. выдвижение биологического фактора как ведущего с «нанизыванием» на него всего многообразия психологических, поведенческих и когнитивных особенностей, являются весьма продуктивными. Биологический подход представляет относительно устойчивую и клинически

верифицированную (средствами нейровизуализации, ассоциациями с генетическими предикторами, анализом траектории развития, комплексом нейрофизиологических наблюдений) платформу для интеграции разнородных факторов суицида. Наиболее известные и апробированные варианты такого моделирования связаны с концепцией стресса. В частности, таковыми являются модель «стресс-диатеза» Джона Манна и модель «стресс-уязвимости» Дануты Вассерман.

Модель стресс-диатеза изначально была сформулирована как следствие клинических наблюдений. Исходными позициями были следующие: 1) целенаправленная оценка психического статуса лиц, покончивших с собой, свидетельствует о том, что в 90% случаев у них имело место то или иное психическое расстройство, чаще всего депрессия, после чего следуют зависимости, расстройства личности и другие диагнозы, т. е. самоубийство обычно совершается в контексте психического нарушения; 2) в то же время, подавляющее большинство психически больных не совершают самоубийств; 3) ряд клинических наблюдений говорят о том, что испытываемый пациентами стресс (главным образом от осознания своей психической патологии и страданий, вызванных ею) становится причиной самоубийства лишь среди узкого круга страдающих, т. е. для многих из них такой стресс является переносимым явлением, в то время как для некоторых — нет; 4) можно полагать, что у некоторых из них изначально присутствует диатез (конституционная предрасположенность) к стрессу и его повреждающим эффектам, следствием которой и становится самоубийство (Манн, 1998). Таким образом, сущность диатеза в том, что при относительно близких значениях стресса у носителей генетически обусловленной предрасположенности вероятность самоубийства выше, чем у лиц, не имеющих признаков диатеза.

В качестве стрессоров в модели рассматривались такие факторы, как само психическое расстройство (при наличии расстройства выраженность душевной боли высока, в то время как способность к преодолению, восстановлению и социальная поддержка ослаблены), алкогольная или наркотическая зависимость, наличие хронического соматического заболевания

и — лишь на последнем месте — семейные или социальные явления и события. Изначально высказывались идеи, что механизмы, лежащие в основе диатеза, связаны, прежде всего с генетическими факторами, но также и с неблагоприятным прохождением ранних этапов развития, наличием соматических заболеваний, зависимостей и некоторых особенностей метаболизма, в частности, сниженного уровня холестерина. В качестве ведущего нервного механизма уязвимости рассматривалась серотониновая система мозга, дефицит которой лежит в основе диатеза (Mann, 1998).

В последнее время концепция стресс-диатеза существенно доработана Дж. Манном в сотрудничестве с другими авторами и подкреплена новейшими данными, которые в значительной степени проясняют возможные механизмы его формирования (Heeringen, Mann, 2014). Сюда включаются не только особенности метаболизма серотонина, но и состояние гипоталамо-гипофизарно-адреналовой системы (HPA, hypothalamic-pituitary-adrenal axis), структурные особенности мозга и дисбалансы его клеточного состава, соотношение серого и белого вещества в его отделах, прежде всего, в префронтальной коре. Все эти дисбалансы трактуются как следствие нейропластичности и связанных с ней патофизиологических нарушений в процессе формирования ЦНС под влиянием негативных стрессовых событий детства (главным образом, ранней психотравмы). Выявляемые дисбалансы, в частности, нарушения серотониновой медиации в префронтальной коре, гибель нейронов в гиппокампе и снижение его объема, гипертрофия миндалин мозга и нарушения HPA с точки зрения нейрофизиологии непротиворечиво связаны с психопатологиями (тревога, депрессия, зависимость), патопсихическими радикалами личности (высокий нейротизм, дезорганизованность), непродуктивными когнитивными процессами (ригидность мышления, беспомощность и безнадежность), гиперреактивностью на негативные социальные сигналы, пессимизмом, душевной болью и суицидальными мыслями.

Подчеркивается, что очень многие черты стресс-диатеза схожим образом проявляют себя при завершенных самоубийствах и при попытках с тяжелыми медицинскими последствиями (Heeringen, Mann, 2014). В этом смысле концепция стресс-диатеза опирается на взаимно перекрывающуюся часть контингентов тех, кто совершает попытки и тех, кто кончает с собой, при том, что в целом это все-таки различающиеся группы людей.

Необходимо также отметить, что Дж. Манн (наряду с другими авторами) последовательно

отстаивает точку зрения о том, что суицидальное поведение является самостоятельным явлением со своими биологическими механизмами. Эта точка зрения базируется главным образом на том факте, что самоубийства происходят при самых различных психических расстройствах, а не только, к примеру, при депрессии, когда суицидальные тенденции и действия являются патогномичным симптомом. На современном этапе данная модель рассматривается с учетом клинического (взаимодействие личностных predispositions, агрессии, импульсивности и выраженности расстройств), психофизиологического (особенности эмоционального или агрессивного реагирования на социальные угрозы, т. е. на стресс жизни) и когнитивного компонента (повышенная чувствительность к чувству потери и социального поражения, ощущение «пребывания в западне» и т. д.). Все эти компоненты входят в системное понятие стресс-диатеза и определяются в разной степени идентифицированными биологическими механизмами, связанными как с мозгом, так и с системой нейроэндокринной регуляции (Heeringen, 2012).

Вторым интересным примером биологической модели является модель стресс-уязвимости Дануты Вассерман. В этой модели стресс также занимает центральное место, однако особенностью является то, что основным рассматриваемым явлением выступает не факт самоубийства или попытки (событие, поступок), а суицидальный процесс, который представляет собой развертывание суицидальных событий во времени (Wasserman, 2016). Суицидальный процесс включает в себя разнообразные события и явления, как видимые, так и скрытые от внешнего наблюдателя, начиная от смутного желания умереть или более определенных суицидальных мыслей, суицидальных коммуникаций, до попыток и завершеного самоубийства. Все эти события происходят в контексте двух важнейших факторов — факторов риска и протективных факторов, баланс между которыми имеет решающее значение для вероятности того или иного суицидального проявления.

Стресс-уязвимость в данной модели противопоставляется стресс-устойчивости, ведущими компонентами которой также являются биологические механизмы, в наиболее общем виде представленные как генетические predispositions и качества, приобретенные в результате прохождения ранних периодов развития, но с положительным знаком. Факторы риска включают в себя стрессовые события длительного действия (проблемы взаимоотношений, социальный стресс, соматические и психические расстройства) и триггеры суицидального поведения, играющие роль «последней капли»

(Wasserman, Sokolowski, 2016). Несмотря на отсутствие «конкретного наполнения» и довольно общие представления о сущности стресс-уязвимости или устойчивости, модель Вассерман имеет несколько очевидных преимуществ, которые сводятся к следующему.

Модель базируется на концепции «суицидального поведения», включающей континуум «суицидальные мысли — суицидальная попытка — завершённый суицид», учитывает личностные особенности и когнитивный стиль, принимает во внимание широкий спектр экологических и социальных факторов, указывает на обстоятельства, способствующие (ранний стресс жизни) и препятствующие (благоприятное окружение, социальная поддержка) вероятности реализации стресс-уязвимости. Биологические predispositions вступают во взаимодействие с этими обстоятельствами по мере развертывания суицидального процесса (Wasserman, Sokolowski, 2016).

Таким образом, наиболее известные и широко цитируемые биологические модели суицидального поведения базируются на концепции повышенной чувствительности к стрессу, в основе которой лежат биологические (прежде всего генетические) predispositions. Это выдвигает на первый план саму концепцию повреждающего стресса и связанные со стресс-реакцией биологические механизмы с одной стороны, и генетически обусловленные нейрофизиологические и нейрохимические процессы, определяющие уязвимость или устойчивость к стрессу, с другой. В связи с этим один из важнейших вопросов является вопрос о сущности уязвимости и устойчивости — основных характеристик, которые, согласно обсуждаемым моделям, определяют вероятность суицида. Если говорить об уязвимости, то современное понимание

этого явления ассоциировано с взаимодействием генов и среды и формированием структурного следа, возникающего как следствие неких травматических событий, связанных с ранними периодами развития.

В последнее время появилось много исследований на модельных системах, которые подтверждаются клиническими наблюдениями и исследованиями аутопсийного материала (отделы мозга жертв суицида) и которые рассматривают стресс-уязвимость как следствие программирования реактивности НРА ранними травмирующими событиями жизни. Накапливаются данные, что в основе такого программирования лежат эпигенетические явления, когда в результате эффектов стрессовых гормонов устанавливается определенный профиль транскрипции генов, определяющих ключевые факторы стресс-реагирования (рецепторы, нейромодуляторы, нейротрофические факторы) на длительный период, т. е. на всю жизнь (Turecki, 2014). Эпигенетические феномены выступают как связующее звено между консервативным геномом и быстро меняющейся средой, в том числе, социальной, что дает основания для построения интегративных моделей, в которых стресс (как внутреннее переживание, тревога, страх, эмоция или субъективное ощущение стресса) выступает в роли одного из программирующих механизмов, определяющих последующее стресс-реагирование, в том числе, уязвимость к новому стрессу (Rozanov, 2017). Формирующие благодаря этому патофизиологические механизмы лежат в основе таких расстройств, как депрессия, тревожное расстройство, аддикции и, благодаря сходству патофизиологических механизмов (преимущественные нарушения в гиппокампе, миндалине мозга, префронтальной коре), — суицидальности.

Литература

1. Mann J.J. The neurobiology of suicide // *Nature Medicine*. — 1998. — V.4. — P.25-30.
2. Heeringen, van K., Mann J. J. The neurobiology of suicide // *The Lancet Psychiatry*. — 2014. — V.1(1). — P.63-72.
3. Heeringen, van K. Stress–Diathesis Model of Suicidal Behavior. In: *The Neurobiological Basis of Suicide*. Yogesh Dwivedi (Ed.). Boca Raton (FL): CRC Press/Taylor & Francis, 2012.
4. Wasserman, D. The suicidal process. In: D. Wasserman (ed.) *Suicide. An Unnecessary Death*. 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. — pp. 21-26.
5. Wasserman D., Sokolowski M. Stress-vulnerability model of suicidal behaviours. In D. Wasserman (ed). *Suicide. An Unnecessary Death*. 2nd Edition, 2016, NY: Oxford University Press. — pp. 27-37.
6. Turecki G. Epigenetics and suicidal behavior research pathways // *American Journal of Preventive Medicine*. — 2014. — V. 47. — S.144-151.
7. Rozanov V. *Stress and Epigenetics in Suicide*. London: Academic Press, 2017. — 227 p.

УДК 616.89-008.4411-008.482-008.183.1]-085.851:615.214

Оцінка взаємозв'язку показників упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та важкості протікання обсесивно-компульсивного розладу в умовах медико-соціальної реабілітації та терапії

Челядин Ю.Я.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика, кафедра психіатрії

Резюме. В статье выделены четыре фактора и соответственно к каждому определены наиболее распространенные копинг-стратегии, которые в последующих исследованиях дают возможность разработать систему дифференцированно го лечения и реабилитации больных с обсессивно-компульсивным расстройством.

Ключевые слова: обсессивно-компульсивное расстройство, реабилитация, копин-стратегии.

Assessment of the relationship indicators orderly behavior in stressful and problematic situations for the individual and the severity of obsessive-compulsive disorder in terms of medical and social rehabilitation and therapy

Chelyadyn Yu.

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Psychiatry

Resume. Four factors are singled out in the article and, accordingly, the most common coping strategies are determined for each of them, which in subsequent studies make it possible to develop a system of differentiated treatment and rehabilitation of patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, rehabilitation, coping strategies.

Вступ

Обсесивно-компульсивний розлад (ОКР) — тривожний (невротичний) розлад, що характеризується нав'язливими думками (обсесіями) або нав'язливими діями — ритуалами (компульсіями), а частіше їх поєднанням.

У відповідності до МКХ-10 діагноз обсесивно-компульсивний розлад (F42) встановлюють у тих випадках, коли обсесивні симптоми або компульсивні дії, або, і те і інше, спостерігаються на протязі найбільшої кількості днів за період двох тижнів поспіль і являються джерелом дистресу та порушення соціальної активності. Обсесивні симптоми повинні мати наступні характеристики:

1. Вони повинні бути розцінені як власні думки або імпульси хворого;
2. Повинна бути хоча б одна думка або дія, яким хворий безуспішно чинить опір;
3. Думка про виконання певної дії не повинна бути сама по собі приємна;
4. Думки, образи чи імпульси повинні повторюватися і бути неприємними для індивідуума.
5. Хворий, зазвичай, розуміє, що нав'язливі думки або дії являються надмірними або необґрунтованими [1].

Важливу роль, в адаптації до стресорів, відіграють характерологічні та фрустраційні особливості особистості пацієнта. Психотерапевтична

корекція, в свою чергу розробка та застосування психологічної моделі реабілітації на різних рівнях дасть можливість зниженню дезадаптивної захисної діяльності пацієнта, відновлення порушених відношень особистості, усвідомлення та розрішенню конфліктів. Аналіз взаємозв'язку особистісних характеристик, особливостей ОКР необхідний для диференційованої та адекватної терапії таких хворих, яка дозволить значно поліпшити їх психічний стан, зменшити клінічні прояви захворювання, а також підвищити ефективність лікувального впливу біологічного характеру та можливості розробки індивідуальної програми медико-соціальної реабілітації (навчання навикам, програмування навиків, координація ресурсів, модифікація ресурсів).

В даний час психосоціальна терапія та психосоціальна реабілітація займають все більш значне місце в системі психіатричної допомоги і розглядається як самостійний лікувально-реабілітаційний напрямок в психіатрії [2,5,6]. Спеціальна увага приділяється неперервності та етапності психосоціального впливу на усьому проміжку ведення психіатричного пацієнта. І у зв'язку з цим психосоціальні лікувально-реабілітаційні міри повинні застосовуватися, починаючи з більш ранніх етапів надання психіатричної допомоги і продовжуватися до досягнення

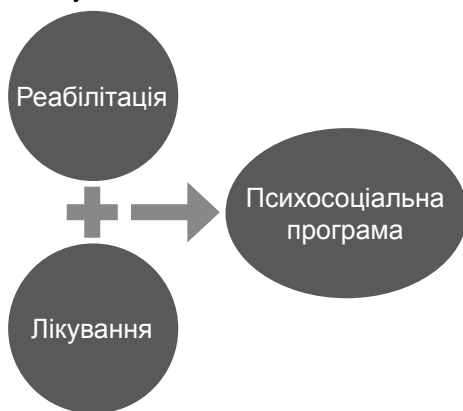
повного відновлення соціальної автономії пацієнта [3]. Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією і адекватних психосоціальних лікувальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії і потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практику [4,7,8].

Ціль реабілітації хворих з ОКР:

- покращення функціонування особистості в конкретному оточенні;
- реабілітаційні втручання можуть проходити без обґрунтування їх теорій причинності;
- реабілітаційні заходи направлені не на причину захворювання, а на функціонування особистості в теперішній час і задачі для майбутнього;
- реабілітаційний діагноз акцентує увагу на збережених можливостях хворого і підтримки ззовні, програмування навиків, модифікація ресурсів та ін.

Лікувально-реабілітаційний напрямок в психіатрії

Застосування на всіх етапах психіатричної допомоги поряд з адекватною психофармакотерапією психосоціальних лікувальних і реабілітаційних мір являється однією з актуальних задач сучасної психіатрії і потребує спеціального вивчення і формування підходів для застосування в практику.



Мета дослідження — клініко-статистичний аналіз психопатологічної структури обсессивно-компульсивного розладу, виділення його основних синдромальних варіантів та використання копінг-стратегій відповідно до кожного фактора, що дає можливість диференційовано підійти до проведення лікувальних та реабілітаційних заходів.

Матеріали

В обстеження було включено 112 хворих, з них 62(55,4%) чоловіків та 50(44,6%) жінок. Середній вік складає $31,6 \pm 11,0$ років з числа тих, хто пройшов стаціонарне та/чи амбулаторне лікування.

З дослідження виключалися особи молодше 18 років та старше 65 років, особи з важкою соматичною патологією, тяжкими ураженнями ЦНС.

Серед обстежених всі пацієнти були з обсессивно-компульсивним розладом в рамках невротичного регістру.

Показники професійного та сімейного статусу середнозологічної групи свідчить про зниження рівня соціальної адаптації даної вибірки, що вивчаються. З однієї сторони, тільки 83 (74,1%) пацієнтів на момент обстеження не працювали, 8(7,1%) пацієнтів мали групу інвалідності, 21 (18,8%) пацієнтів працювали.

16(14,3%) пацієнтів знаходяться в шлюбі або проживають з партнером, що може в свою чергу, свідчити про соціальну відгородженість, порушення інтерперсональних контактів.

Виникнення обсессивно-компульсивної симптоматики відмічалось в $22,0 \pm 9,8$ років, середня тривалість захворювання складала 6,6 роки.

Методи

Клінічні прояви ОКР відмічаються значним поліморфізмом. Тому на даному етапі дослідження, з ціллю виділення клінічно значимих підтипів цього розладу ведеться клініко-статистичний аналіз нав'язливостей та оцінки важкості протікання ОКР, який реєструється за допомогою клінічної шкали обсесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS — Obsessive-compulsive Scale) та методикою для психологічної діагностики упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях (СВП, 2008 Санкт-Петербург) даного контингенту хворих для визначення мішеней та подальшої терапевтичної та реабілітаційної корекції.

Результати дослідження

На першому етапі роботи результати клінічної оцінки стану хворих за допомогою клінічної шкали обсесій та компульсій Йель-Брауна (Y-BOCS — Obsessive-compulsive Scale). 12,7% — легке протікання ОКР, 56,2% — помірне протікання ОКР, 31,0% — тяжке протікання ОКР, 0,1% — крайнє тяжке протікання ОКР.

В результаті статистичної обробки матеріалу було виділено 5 факторів:

- 1 контроль над завершеністю дії, компульсії-симетрії та порядку та повторення (39,9%), клінічна інтерпретація цього фактору вказує на те, що саме воно відображає одне з основних переживань при ОКР — відчуття «незавершеності» дії. Вказане переживання зазвичай провокує у пацієнтів тривогу, що веде до виникнення компульсій та ритуалів повторення.
- 2 нав'язливої безпеки — це обсесії зараження (42,3%)

- 3 нав'язливості заборонених спонукань — це деякі релігійно-обсесії контрастного типу (12,1%)
- 4 нав'язливого оволодіння — представлялася симптомами компульсивного збирання та колекціонування (5,7%).

Було досліджено, що у даного контингенту хворих переважає стратегія пошуку соціальної підтримки та стратегія позитивної переоцінки (58%).

По суті, пацієнти оцінюють свої особистісні ресурси як недостатні, мають тенденцію до переживання відчуття безпорадності та неспроможності, що визначає підвищену потребу в підтримці зі сторони оточуючих, а також спроба подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок її позитивного переусвідомлення, розгляду її як стимулу для особистісного росту.

У 42,6% обстежених переважає стратегія прийняття відповідальності та стратегія втечі-уникнення.

При помірному використанні даної стратегії відображає прагнення особистості до розуміння залежності між власними діями та їх наслідками, готовність аналізувати свою поведінку та шукати джерела актуальних проблем в особистих помилках.

Стратегія втечі-уникнення передбачає спроби подолання особистістю негативних переживань у зв'язку з труднощами за рахунок реагування по типу уникнення: заперечення проблеми, фантазування, виправданих очікувань, відволікання та ін.

У 87% обстежених стратегія самоконтролю передбачає спроби подолання негативних переживань у зв'язку з проблемою за рахунок ціленаправленого подавлення і стримування емоцій, мінімізація їх впливу на сприйняття ситуації і вибір стратегії поведінки, високий контроль поведінки.

Висновки

Таким чином, вивчаючи методику для психологічної діагностики упорядкованої поведінки в стресових та проблемних для особистості ситуаціях та рівень якості життя даного контингенту хворих для визначення мішеней та подальшої терапевтичної та реабілітаційної корекції, проведене дослідження показало, що в поведінці хворих з ОКР переважають копінг-стратегії, направлені переважно на зниження емоційного дискомфорту, а не розрішення проблемної ситуації. Подібний стереотип особистісного реагування може лежати в основі порушення психічної адаптації пацієнтів і являється важливою «мішенню» для психокорекційного впливу в клініці ОКР.

Це дає можливість здійснити перехресний аналіз залежності виділених чотирьох факторів (поєднання та виділення найбільш поширених симптомів) та використання копінг-стратегій відповідно до кожного фактора, що дає можливість диференційовано підійти до проведення лікувальних та реабілітаційних заходів.

Література

1. Мосолов С.Н. Клинические рекомендации по терапии обсессивно-компульсивного расстройства (проект) / С.Н. Мосолов // Современная терапия психических расстройств. — М., 2006. — №1. — С. 49-58.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. — М.: Медпрактика-М, 2004. 492с.
3. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. (ред.). Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. — М.: Медпрактика-М, 2007. 355 с.
4. Краснов В.Н., Гурович И.Я., Мосолов С.Н., Шмуклер А.Б. (ред.). Психиатрическая помощь больным шизофренией: Клиническое руководство. — М., 2007. 260 с.
5. Ciompi L. What could be the future of social psychiatry? Lecture at the International Congress on «The State of the Art in Psychiatry». Basel, Switzerland, June 19-21, 1997.
6. Bustillo J.R., Lauriello J., Haran W.P., Keith S.J. The psycho-social treatment of schizophrenia: An update // Am. J. Psychiatry. 2001. — Vol. 158, N 2. — P. 163-175.
7. Mojtabai R. Perceived reasons for loss of housing and continued homelessness among homeless persons with mental illness // Psychiatr. Serv. 2005. — Vol. 56. — P. 172-178.
8. Hemsley D., Murray R.M. Commentary: Psychological and social treatments for schizophrenia: Not just old remedies in new bottles // Schizophr. Bull. — 2000. — Vol. 26, N 1. P. 145-151.

Семейная терапия больных с первым психотическим эпизодом и их родственников

Юрьева Л.Н., Шустерман Т.И.

Государственное учреждение «Днепропетровская медицинская академия Министерства здравоохранения Украины», г. Днепр

Резюме. Семейная терапия больных с первым психотическим эпизодом (ППЕ) и их родственников включает психообразовательную работу, коммуникативный тренинг, когнитивно-поведенческую терапию с использованием стресс-менеджмента и семейного менеджмента. Авторами вивчені клінічні, психологічні особливості психічної дезадаптації та якості життя родичів хворих з ППЕ. Розроблена поетапна диференційована система психокорекції психічної дезадаптації у родичів хворих з ППЕ. Система психокорекції включала п'ять етапів, направлених на роз'яснення та навчання концепції про провідну роль інтолерантності до стресів у виникненні та збереженні патологічних відхилень, усунення дезадаптивних стереотипів й формування оптимальних адаптивних стратегій мислення та поведінки. Апробація розробленої психокорекційної програми вказала на достатню її ефективність та можливість застосування для родичів на стаціонарному й амбулаторному етапах лікування хворих з ППЕ.

Ключові слова: сімейна терапія, родичі, психічна дезадаптація, перший психотичний епізод, психокорекція.

Summary. L.N. Yur'yeva, T. Y. Shusterman. Family therapy of patients with the first psychotic episode and their relatives

Yur'yeva L.N., Shusterman T. Y.

Resume. Family therapy of patients with the first psychotic episode (FPE) and their relatives includes psychoeducational work, communicative training, cognitive-behavioral therapy with stress-management using and family management. The authors studied the clinical, psychological features of psychical maladjustment and quality of life of relatives of patients with FPE. A phased differentiated system of psychocorrection of psychical maladjustment in relatives of patients with FPE was developed. The system of psychocorrection included five stages that were aimed at explaining and teaching the concept of the leading role of intolerance to stresses in the emergence and preservation of pathological abnormalities, the elimination of disadaptive stereotypes and the formation of optimal adaptive strategies of thinking and behavior. The approbation of the developed psychocorrection program indicated its sufficient effectiveness and the possibility of application for relatives at the inpatient and outpatient stages of treatment of patients with FPE.

Keywords: family therapy, relatives, psychical maladjustment, first psychotic episode, psychocorrection.

Работа с семьей базируется на положении о том, что родственный коммуникативный стиль, стратегии овладения и компетентность в решении проблем имеют прямое отношение к модели «диатез-стресс-уязвимость» при психическом расстройстве. В соответствии с этой моделью, привычки овладения и решения проблем в семье повышают компетентность пациента и его способность противостоять стрессовым ситуациям, компенсируя его психобиологическую уязвимость к стрессу и уменьшая склонность к обострению заболевания [2].

Семейная терапия включает психообразовательную работу, коммуникативный тренинг, когнитивно-поведенческую терапию с использованием стресс-менеджмента и семейного менеджмента [1,3].

Психообразовательный подход является обоснованным инициальным вмешательством на начальных стадиях работы с семьей. Этот подход универсален, не требует глубокого вмешательства в сложные психологические и системные особенности каждой семьи, не касается глубинных механизмов внутрисемейного взаимодействия. При этом семье предоставляется информация относительно обстоятельств

и событий, которые могли послужить причиной развития заболевания, течения, рецидивов и прогноза заболевания, обоснования необходимости и возможных подходов к лечению, роли окружающих в восстановлении качества жизни больного [4,5].

Коммуникативный тренинг для членов семьи направлен на устранение конфликтности и неопределенности в общении, на коррекцию системы как положительной, так и отрицательной обратной связи в семье [1,4].

Когнитивно-поведенческая терапия включает высокоструктурные директивные поведенческие техники (постановка целей, моделирование, поведенческое повторение, подкрепление) [3].

Важным направлением вмешательств является коррекция стрессогенных родственных интеракций, взаимных недоразумений, невозможности правильной трактовки эмоций близких людей. В данной ситуации терапевт учит членов семьи откровенно демонстрировать свои чувства, объяснять их словами, толковать причины. Для этого используются не оценочные, безальтернативные прямые высказывания, а эмоционально сдержанные, что существенно повышает коммуникативные возможности пациента [4].

Любое родственное вмешательство является прямо или косвенно нацеленным на коррекцию дисфункционального коммуникативного стиля в семье. При проведении когнитивно-поведенческой терапии с семьей эта задача решается путем отработки средств эффективного семейного взаимодействия. При сугубо психообразовательном подходе результат достигается опосредствованно — за счет возрастания осведомленности членов семьи о психическом заболевании и средствах его лечения, что снижает уровень тревоги и стресса в семье. Это приводит к нормализации внутриродственного эмоционального климата [2].

В работе с семьей особое внимание отводится облегчению бремени для семьи, которое обусловлено психическим расстройством. При этом происходит положительное переструктурирование прошлого опыта и сосредоточение на проблемах ухода за больным близким человеком [5].

Помощь семье, в которой есть больной с первым психотическим эпизодом (ППЭ), может прервать развитие хронического течения болезни [1].

Целью исследования было изучение особенностей психической дезадаптации у родственников больных с ППЭ для разработки на их основе психокоррекционной программы.

В исследовании принимали участие 88 родственников 55 больных с ППЭ. Среди обследованных было 65,9% женщин в возрасте от 14 до 67 лет, мужчин — 34,1% в возрасте от 20 до 65 лет. Средний возраст родственников — $46,77 \pm 1,3$. Среди группы родственников преобладали матери — 52,3%, работающие — 44,3%, состоящие в браке — 60,2%, со средним и средним специальным образованием — 78,4%.

Критериями включения родственников в исследование были: добровольное согласие на проведение анкетирования, клинического, клинико-патопсихологического и психологического обследования; отсутствие ранее обращений за помощью к психиатру и наркологу; 1-2 степень родства с больным с ППЭ (более отдаленные родственники в исследование не включались).

После клинического, экспериментально-психологического исследований и оценки качества жизни все родственники были распределены на три клинические группы, с установлением диагноза согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра:

Первая группа — группа родственников с аффективными (депрессивными) расстройствами (F 32.00, F 32.10, F 32.11, F 32.3) — 11 (12,6%) человек.

Вторая группа — родственники с невротическими, связанными со стрессом, расстройствами

(F 41.1, F 41.2, F 43.21, F 43.22) — 41 (47,2%) человек.

Третья группа — группа условной нормы, у представителей которой выявлены некоторые незначительные нарушения, не достигающие клинического уровня (Z 63.7) — 35 (40,2%) человек.

Нами была разработана поэтапная дифференцированная система психокоррекции психической дезадаптации у родственников больных с ППЭ. Система психокоррекции включала пять этапов, направленных на разъяснение и обучение концепции о ведущей роли интолерантности к стрессам в возникновении и сохранении патологических отклонений, устранение дезадаптивных стереотипов и формирование оптимальных адаптивных стратегий мышления и поведения. Каждый этап системы психокоррекции психической дезадаптации у родственников больных с ППЭ имел собственную цель, задачи и методические подходы. Приоритетным было применение техник когнитивно-бихевиоральной психотерапии.

Сначала проводились психообразовательные занятия по следующим темам: «Понимание природы психической болезни и ее значение для семьи», «Комплаенс-терапия», «Создание щадящей атмосферы в семье», «Реагирование на аномальное поведение», «Лечение и реабилитация». Целью психообразования было предоставление необходимых знаний, повышение уверенности членов семьи в своей способности справляться с возникшими проблемами. Психообразовательная программа применялась на 1-2-й неделях стационарного лечения больного члена семьи.

На первом этапе психокоррекции для формирования способности к произвольному контролю над психоэмоциональным состоянием и повышения психологической толерантности у родственников развивали способности к психо-сенсорной и ментальной саморегуляции.

На втором этапе для повышения стрессоустойчивости использовали способ актуализации ресурсов и селекции психологических защит. Проводили «адресное прикрепление» комплекса ресурсов к тематике проблемного состояния.

На третьем этапе проводили когнитивное обучение и когнитивную коррекцию поведения. Сущность данного этапа заключалась в самонаблюдении, продуцировании выводов и приобретении навыка контроля за ситуацией.

На четвертом этапе у родственников развивали специфическую психологическую толерантность по отношению к индивидуальному спектру психотравмирующих ситуаций путем когнитивного переструктурирования. При этом использовали когнитивные действия и

самодействия, среди которых ведущее значение имел когнитивно-векторный способ.

На пятом, завершающем этапе, проводили проверку результатов лечения в реальных психотравмирующих условиях с соблюдением принципа постепенности и предыдущей подготовленности.

Таким образом, предложенная поэтапная дифференцированная система психокоррекции

психической дезадаптации у родственников больных с ППЭ содействовала улучшению психического состояния и качества жизни как психически больных, так и их родственников. Апробация разработанной психокоррекционной программы указала на достаточную ее эффективность и возможность применения для родственников на стационарном и амбулаторном этапах лечения больных с ППЭ.

Литература

1. Первинний психотичний епізод: діагностика, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація [Текст]: методичні рекомендації / Н.О. Марута, Л.М. Юр'єва, Т.В. Панько, О.Є. Кутіков, Е.І. Гура. — Харків, 2009. — 30 с.
2. Шизофрения [Текст] / под. ред. Марио Мэйа, Нормана Сарториуса [пер. с англ.]; под. общей ред. В. Штенгелова. — К.: Сфера, 2005. — 488 с.
3. Шизофрения: Клиническое руководство для врачей / Л.Н. Юрьева. — Д.: Из-во «Новая идеология», 2010. — 244 с.
4. Increased contact with community mental health resources as potential benefit of family education / Solomon P., Draine J., Mannion E., Meisel M. // *Psychiatric Services*. — 1999. — Vol.49. — P. 333-339.
5. Oyeboode J. Assesment of carers' psychological needs // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2003. — N 9. — P. 45-53.
1. Должность — ассистент кафедры психиатрии факультета последипломного образования
2. Телефон — 0679766448 (моб.), E-mail: finiks2@gmail.com.

Outcomes of perinatal cerebrovascular lesions

Gonchar T.O.

P.L. Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education

Resume. Differential diagnostic programs of infants examination are grounded and aprobated. This enhances the accuracy of the diagnosis, of the differential diagnosis and of the clinical-neuroradiological forecast of the remote consequences of the perinatal cerebrovascular lesions including psychic disorders.

Keywords: perinatal cerebrovascular lesions, pediatric neuroradiology, efficiency of the diagnosis and forecasting remote consequences, psychic disorders

Резюме. Вивчено та описано алгоритми диференційної діагностики при обстеженні новонароджених, що дозволяє покращити постановку діагнозу, полегшити диференційний діагноз, покращити клінічно-нейрорадіологічний прогноз віддалених наслідків перинатальних цереброваскулярних уражень, включаючи психічні розлади.

Ключові слова: перинатальні цереброваскулярні ураження, педіатрична нейрорадіологія, ефективність діагностики, прогноз віддалених наслідків, психічні розлади.

Introduction

Perinatal cerebrovascular lesions are the most wide spread illnesses in neonates that require timely and accurate diagnosis. Such diagnosis constitutes complicated multifaceted medical problem. For certain types of the cerebrovascular lesions to appear the degree of the brain development is of importance and the latter depends on the gestational age of the infant. One of the premature born's brain tissue specifics is the germinal matrix. Blood vessels of the matrix are extremely fragile and can easily be damaged. The germinal matrix leftovers are longest preserved near the blood vessels and the surface of the nucleus caudate. This dictates frequency and topography of the infant haemorrhages. The blood circulation levels of the cortex and central cerebrum structures equalize only after 34 weeks of gestation.

The neonatal circulation regulation system is imperfect, and some factors can lead to the hemodynamics failures such as the pressure increase or reduction. So convulsions, apnea and resuscitative measures can cause general pressure increase that is the reason for the passive brain hyperperfusion and haemorrhage. In such situations, premature infants can suffer the rupture of fragile blood vessels of the germinal matrix and, as a result, have intraventricular haemorrhage (IVH). For the full-term babies, germinal matrix or brain parenchyma haemorrhage is a rare event. The cause of such bleedings is a birth injury. In the case of hyperperfusion of the brain in full-term infants hemorrhagic infarction may arise. On the contrary asphyxia and hypoxia lead to the system hypotension and hypoperfusion with the hypoxic-ischemic brain damage or infarction irrespective of the child's gestation age. However, prematurely born infants have the most sensitive to the hypoperfusion separation zone between the central and peripheral vascular territories in the periventricular brain white substance where

the cerebrovascular lesions and periventricular leukomalacia (PVL) arise.

PVL is a coagulation necrosis of the white brain substance with the perifocal reaction in the form of the brain tissue edema. PVL may get complicated by the secondary hemorrhage. With time, the edema boils over, the necrotic mass resolves and on its place the pseudocysts arise. Then the small pseudocysts reduce and create glial cicatrices with the white brain substance atrophy. Big pseudocysts merge and create panencephalitis.

In the case of the full-term infants, the changes arise in the brain cortex grey substance and the nucleus basalis. Prolonged deep hypoperfusion with ischemia may cause the damage of the parenchyma in the zones of the blood distribution located in the cortex of the mature brain. In the event that there are deep hypoxia and ischemia the diffuse brain lesion may arise with the cells necrosis, toxic brain edema followed by the brain cortex diffuse necrosis — polycystosis encephalomalacia. Complication of this pathology is the replacement of the necrotic mass with the pseudocysts, development of the microcephaly with the clinical picture of the severe psychomotor lesion. The injury of the white substance near white ventricles of the brain causes special type of the infantile cerebral paralysis — primary spastic diplegia or tetradiplegia.

The major unilateral IVH may result in veins occlusion, venous congestion, local ischemia in the periventricular white brain substance; the secondary hemorrhagic infarction in the frontal periventricular zone and near the triangles of the lateral brain ventricles, the infants may acquire hydrocephalus.

At some period between the 34th and 36th weeks of gestation the lesion of one of the above types is possible. Infants can suffer the perinatal cerebrovascular lesions of different types even if the brain injury mechanism is the same.

Study materials and methods

To study and specify the clinical and neuroradiological prognostic criteria for the perinatal cerebrovascular lesions dynamical clinical-neuroradiological surveys of 256 infants (59.8% premature born and 40.2% full-term) in the age from neonate to 5 years old were conducted. The methods of the study include real-time ultrasonic imaging of the brain structures with fonticulus anterior as an acoustic window; neurosonography (NSG) that permits to examen babies in limited space and allows multiplanar studies; magnetic resonance imaging (MRI) making it possible to acquire promptly images comparable in quality with those histological sections, computer tomography (CT) scanning.

It was found that 41.5% of the infants examined with NSG during the first two weeks of their life had intracranial hemorrhage, 33.7% had different types of hypoxic-ischemic brainlesions, 6.1% — joint hemorrhagic and hypoxic-ischemic injuries. With the help of MRI and CT the effects of the perinatal cerebrovascular lesions were observed in 18.7% of the infants. Their origin was revealed using prior clinical neuroradiological studies.

The cerebrovascular lesions in the full-term infants according to the study were the focal and diffuse ischemic injuries (20.2%), considerable number of the lesions of the nucleus basalis (37.4%), epidural, subdural, and subarachnoid

hemorrhages (14 in 99 — 14.2%). As for the periventricular hemorrhage (PIVH) its numbers observed in the full-term infants (20.2%) were much lower than in the premature ones (28.2%).

Functional disorders of the central nervous system manifested themselves in psychomotor retardation, epilepsy syndrome, syndrome of intracranial hypertension, in the development of the stable hydrocephaly and brain parenchyma atrophy, in various forms of the infantile cerebral paralysis (see the Table below).

Radiological discovery of hypoxic-ischemic brain lesions localization makes it possible to predict the degree of the neurological defects and functional disorders in infants. Sizes, numbers and localizations of pseudocysts are important prognostic criteria. Thus multiple periventricular cysts in all cases led to the secondary diffuse brain atrophy with severe neurological disorders (infantile cerebral paralysis, delays in the mental development, sight and hearing problems). Presence of symmetrical cysts in parietal or occipital brain regions (30.9%) served as a predictor for infantile cerebral paralysis. The paralysis (more often spastic diplegia) had built up during 6-12 months in all premature infants with periventricular leukomalacia (9.8%). Tetraplegia arose in the case of big and the most widespread cysts (2.4%). Infants with porencephalic cyst (as opposite to the PVL consequences) developed

Table

Functional consequences of perinatal cerebrovascular lesions in infants according to the data of dynamical clinical- neuroradiological survey

Cerebrovascular lesion	Cerebrovascular lesion aftereffect — n-%						Total
	Norm	MBD	Different forms of ICP	hydrocephaly	Epileptic syndrome	Dead	n-%
PVL:							
-light	8	1	1	-	-	-	10-4.1
-medium	-	-	18	3	4	4	29-11.8
-severe	-	-	6	-	-	2	8-3.2
Infractions:							
- focal	-	9	1	1	1	-	12-4.9
- diffuse	-	-	7	-	-	1	8-3.2
nucleus basalis	3	11	24	5	7	1	51-20.8
IPVH:							
1 grade	39	4	-	-	1	-	44-17.9
2 grade	7	3	-	1	1	-	12-4.9
3 grade	1	6	6	11	5	1	30-12.2
4 grade	-	-	4	-	-	1	5-2.1
SAH, SDH, EDH	4	6	1	1	9	1	22-8.9
PVL + PIVH	-	-	8	5	-	2	15-6.0
Total n -	62-	40-	76-	27-	28-	3-	246-
Total %	25.3	16.3	30.9	11.1	11.2	5.2	100.0

MBD — minimal brain disfunction; ICP — infantile cerebral paralysis; IPVH — intra periventricular hemorrhage; SAH, SDH, EDH — subarachnoid, subdural, epidural hemorrhages

contralateral hemiplegia and an intellect remained within the normal ranges. Tetraplegia and infant mental deficiency were remote consequences of the nucleus basalis and thalamus injury (16.1%). The most general characteristic of the functional disorders in the infants was the brain sight function degradation.

On the later development stages in children with perinatal cerebrovascular lesions more noticeable and expressed become disorders of the psychic register that can show up during the whole lifespan. These are the behavioral and emotional disorders that origin in childhood and adolescence; adaptation disorders, neurotic disorders connected with the stress, somatoform disorders, and specific personality disorders. The most often among all above listed are the psychokinetic disorders, psychopathy-like behavior, anxiety-phobic and hypochondriacal disorders. With environmental aggravators, genetic factors whose role in the development of the psychopathology becomes more and more clear and in the presence of the perinatal cerebrovascular lesions as a potentiating device for the genetic perceptiveness, in the future

increasingly occur emotionally unstable personality disorders as well as anxiety disorders.

Conclusions

1. The choice of the specific method of radiation therapy or employment of the radiological diagnostic suite depends on the type and stage of the clinical course of perinatal cerebrovascular lesion.
2. The data obtained in the study can help to identify high risk groups and also to characterize biological processes associated with such lesions.
3. Perinatal cerebrovascular lesions directly affecting neural systems may be an ultimate cause of the psychic disorders that later become more expressed and pronounced.
4. An analysis of the study data may help in developing correspondent pharmacological approaches capable of blocking pathological biological processes, lowering the acuity of their actions and so of enhancing social adaptation of the target contingent.

Literature

1. Gonchar A.O. Radial diagnostics of perinatal cerebrovascular injuries in newborn and infants. — Manuscript. Thesis of Medical Sciences degree by specialty 14/01/23 — radial diagnostic, radial therapy. — The Ukrainian research institute of oncology and radiology of Health Ministry of Ukraine, Kiev, 1999.
2. Гончар О.А., Уралова Л.Т., Пономаренко Л.М. Інтерпретація основних МР — імпульсних послідовностей зображення тканин голови і головного мозку у дітей в нормі і патології // Променева діагностика, променева терапія: 36. наук. робіт Асоціації радіологів України. — К., 1998. — Вип. 2. С. 111-116.
3. Гончар О.А., Уралова Л.Т. Особливості МР-анатомії бокових шлуночків та поза мозкового простору у новонароджених дітей грудного віку // 36. наук. робіт КМАПО. — К., 1998. — С.366-376.
4. Бабій Я.С., Гончар А.О., Уралова Л.Т. Можливості сучасних методів нейрорадіологічного обстеження новонароджених і дітей грудного віку // Променева діагностика, променева терапія: 36. наук. робіт Асоціації радіологів України. — К., 1999. — Вип.4 — С.131-138.
5. Гончар О.А., Уралова Л.Т. Психічні наслідки перинатальних мозковосудинних уражень // Психічне здоров'я 3(44) 2015, с.35.
6. Уралова Л.Т., Гончар О.А., Гончар Т.О. Порушення імунотенезу у дітей і підлітків з девіантною поведінкою внаслідок перинатальних мозковосудинних уражень // Психічне здоров'я 2(47) 2015, с.40.
7. Hill A., Volpe J.J. Ischemic and hemorrhagic lesions of the newborn // Cerebrovascular diseases in children / Eds. A.J. Raimondi, M. Choux, C. DiRocco. — New York: Springer-Verlag, 1992. — P.206-215.
8. Cannon Robin M., Murray M. Neonatal origins of schizophrenia (1998). Arch Dis Child, 78, 1-8.
9. Bowen K.E., Gatzke-Kopp L.M. Brain injury as a risk factor for psychopathology // Child and Adolescent Psychopathology / Eds. T.P. Beauchaine, S.P. Hinshaw. — Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2013. — P.317-340.

Засновники і видавники:

Національна медична академія після-
дипломної освіти імені П.Л. Шупика.

Територіальне медичне об'єднання
«Психіатрія» у м. Києві (Міський науковий
інформаційно-методичний центр з організації
психіатричної допомоги).

Журнал зареєстровано Державним
комітетом інформаційної політики, телебачення
і радіомовлення України.

Свідцтво про державну реєстрацію:
серія KB № 7877 від 10.09.03 р.

Атестований вищою атестаційною
комісією України (Постанова Президії ВАК
№ 1 — 05/5 від 1.07.2010 р.)

Мови видання:

українська, російська, англійська.

Рекомендовано до друку вченою
радою НМАПО ім. П.Л. Шупика (протокол
засідання № 5 від 17.05.2017 р.)

**Кафедра психіатрії НМАПО
ім. П.Л. Шупика**

Тел./факс: (044) 468-36-11
E-mail: vnkuznesov@i.ua

Адреса редакції:

вул. Фрунзе, 103-А, корпус 1,
04080 Київ, Україна
Кафедра психіатрії НМАПО

ім. П.Л. Шупика

Тел./факс: (044) 468-36-11.

Міський науковий інформаційно-мето-
дичний центр з організації психіатрич-
ної допомоги.

Тел.: (044) 468-29-32.

Друк:

ТОВ «Паперовий Змій-ОПТ»

м. Київ, вул. І. Еренбурга, 3а

Тел./факс: (044) 459-48-67

www.bz-poligraphia.com.ua

Підписано до друку 01.06.2017 р.

Папір офсетний. Тираж 300 шт. Зам. 2288.

<i>В.Н. Кузнецов, П.Т. Петрюк. Слово об известном отечественном психиатре И.А. Полищуке (К 110-летию со дня рождения).</i>	71
<i>Будьонний П.В., Овчаренко М. О., Євтушенко Ю.О. Аналіз суїцидальної поведінки осіб з аддикціями, які проживають в депресивному промисловому регіоні м.Лисичанськ в періоді 2006-2016 років.</i>	81
<i>Гончар А.А., Уралова Л.Т. Нейровизуалізація в психіатрії.</i>	87
<i>Дзеружинська Н.О., Ломтева В.О. Вплив самостигматизації на соціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію</i>	92
<i>Древницька О. О., Дягіль О. В. Психологічна корекція емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворювання</i>	99
<i>Іванов А. Я. О сознании</i>	102
<i>Козерацька О.А. Метааналіз наукових підходів в дослідженні критеріїв «обмеженої осудності» при аномальній сексуальній поведінці</i>	108
<i>Крамар Ю.А., Марценковський І.А. Модифікація клінічної картини розладів спектра шизофренії під впливом екзогенних факторів</i>	113
<i>Марута Н.О., Панько Т.В., Федченко В.Ю., Семікіна О.Є. Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів</i>	117
<i>Молчанова О.О., Дзеружинська Н.О. Нейрокогнітивний дефіцит і соціальне функціонування хворих на шизофренію</i>	120
<i>Друзь О.В., Дзеружинська Н.О., Сироп'ятов О.Г., Гриневич Є.Г., Яновський Т.С., Черненко І.О. Судово-психіатричний аспект суїцидів у комбатантів</i>	122
<i>Петрюк П.Т., Петрюк А.П. Рецензія на книгу «Миллер П.У. EMDR терапия шизофрении и других психозов. — Нью-Йорк, США: Springer Publishing Co Inc, 2015. — 296 с.</i>	127
<i>Шелестова О.В. Методи дослідження психофізіологічних та особистісних якостей військовослужбовців</i>	130
<i>Oksana V. Zubatiuk, Eugenia S. Nosova. Neuroscience based Nomenclature (NbN) in Ukraine</i>	133
<i>Sherstobitova O. V. Hoarding Disorder (article review)</i>	135
До уваги авторів	139

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

В. А. Абрамов (Україна)
 К. Л. Барановський (Україна)
 Л. О. Булахова (Україна)
 В. С. Бітенський (Україна)
 В. В. Вандиш-Бубко (Росія)
 Ю. М. Завалко (Україна)
 І. С. Зозуля (Україна)
 Ю. П. Закаль (Україна)
 М. О. Качасва (Росія)
 В. Г. Коротоножкін (Україна)
 В. М. Краснов (Росія)
 Р. Т. Крутікова (Україна)
 Х. Лопез-Ібор (Іспанія)
 М. О. Мазуренко (Україна)
 О. М. Морозов (Україна)
 Г. Нанейшвілі (Грузія)
 Р. І. Никифоров (Україна)
 А. В. Олійник (Україна)
 П. Т. Петрюк (Україна)
 І. Я. Пінчук (Україна)
 В. С. Подкоритов (Україна)
 Л. В. Ромасенко (Росія)
 В. Рутц (Швеція)
 Н. Сарторіус (Швейцарія)
 І. Д. Спіріна (Україна)
 С. І. Табачников (Україна)
 Л. Т. Уралова (Україна)
 В. А. Шумлянський (Україна)
 Л. М. Юр'єва (Україна)
 В. С. Ястребов (Росія)

Contents

<i>Kusnetsov V.M., Petryuk P.T.</i> The word about the famous domestic psychiatrist J.A. Polishchuk (To the 110-th anniversary)	71
<i>Budyonny PV Ovcharenko M., Y. Yevtushenko.</i> The analysis of suicidal behaviors in addicted people, living in depressive industrial region Lisichanck in 2006-2016.	81
<i>Gonchar A.A., Uralova L.T.</i> Neuroimaging in psychiatry.	87
<i>Dzeruzhinskaya N, Lomtjeva V.</i> The influence of self-stigmatization to the social functioning of patients with paranoid schizophrenia	92
<i>Drevitska O. O., Dyagil O. V.</i> Psychological correction emotional disorders in patients with cancer	99
<i>Ivanov A.</i> About consciousness	102
<i>Kozeratskaya E.A.</i> Psychiatric aspects of the evaluation of persons who have committed sexual offenses	108
<i>Kramar Y., Martsenkovsky I.</i> Modification clinical course schizophrenia spectrum disorders according to influence environmental factors	113
<i>Maruta N A, Panko T V, Fedchenko V., Semikin O.</i> Clinical and psychopathological predictors course of primary depressive disorders.	117
<i>Molchanova O O, Dzeruzhynska N O.</i> Neurocognitive deficit and social functioning of patients with schizophrenia	120
<i>Druz O.V., Dzeruzhynska N.A, Syropyatov O.H., Grinevich E.G., Yanovsky T.S., Chernenko I.A.</i> Forensic-psychiatric aspect of suicide combatants.	122
<i>Petryuk P.T., Petryuk A.P.</i> Book review- <i>Miller P.W.</i> EMDR Therapy for Schizophrenia and Other Psychoses. — New York, USA: Springer Publishing Co Inc, 2015. — 296 p.	127
<i>Shelestova O.V.</i> Methods of investigation of psycho physiological and personal qualities of servicemen	130
<i>Oksana V. Zubatiuk, Eugenia S. Nosova.</i> Neuroscience based Nomenclature (NbN) in Ukraine.	133
<i>Sherstobitova O. V.</i> Hoarding Disorder (article review)	135
The notice for our authors	139

УДК 616.89 (092)

Слово об известном отечественном психиатре И.А. Полищуке (К 110-летию со дня рождения)

В.Н. Кузнецов¹, П.Т. Петрук²¹ Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев² Харьковский городской благотворительный фонд психосоциальной реабилитации лиц с проблемами психики, г. Харьков

Резюме. На основе джерел спеціальної літератури наведено нові біографічні дані і спогади сучасників про творчий і життєвий шлях професора Й.А. Поліщука — видатного вітчизняного вченого, психіатра, педагога та філософа, талановитого представника української психіатричної школи, який на протязі всього свого життя прагнув створити науковий біохімічний фундамент патофізіологічного напрямку вітчизняної психіатрії. Аргументується наявність української психіатричної школи. Приділяється увага питанню заснування першої в світі Української психоневрологічної академії, до складу якої входило 5 спеціалізованих інститутів. Аналізуються наукові досягнення ювіляра та їх значення для вітчизняної і світової науки. Наводиться аналіз творчої еволюції його поглядів та основних наукових досягнень.

Висвітлюється робота Й.А. Поліщука в різних науково-педагогічних установах, участь у Другій світовій війні, приділяється достатньо уваги періоду роботи в Київському інституті удосконалення лікарів, науковим висновкам кандидатської та докторської дисертацій. Відзначається описаний синдром вітальної астенії. Аналізується класифікація психопатологічних синдромів та афективних психозів.

Згадується заснована Асоціацією психіатрів України премія імені Йосипа Поліщука, яка щорічно присуджується Асоціацією молодому досліднику, що працює в системі надання психіатричної допомоги, за серйозну, підготовлену до друку або опубліковану наукову роботу, що відповідає принципам доказової медицини.

Підкреслюється, що життєвий шлях і творча спадщина професора Й.А. Поліщука потребують подальшого ретельного дослідження, а його ім'я повинно бути належним чином оцінено в Україні та світі, і увічнено вдячними нащадками.

Ключові слова: професор Й.А. Поліщук, творчий і життєвий шлях, науковий доробок.

The word about the famous domestic psychiatrist J.A. Polishchuk (To the 110-th anniversary)

V.M. Kusnetsov¹, P.T. Petryuk²¹ National medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupic, Kyiv² Kharkiv city benevolent fund of psychosocial rehabilitation of persons with the problems of psyche, Kharkiv

Resume. Based on sources of special literature, new biographical data and memoirs of contemporaries about the creative and life path are given of Professor J.A. Polishchuk — an outstanding domestic scientist, psychiatrist, teacher and philosopher, a talented representative of the Ukrainian psychiatric school, who throughout his life sought to create a scientific biochemical foundation of the pathophysiological direction of domestic psychiatry. The presence of the Ukrainian psychiatric school is argued. Attention is paid to the issue of creating the world's first Ukrainian psychoneurological academy, which consisted of 5 specialized institutes. Analyzed are the scientific achievements of the jubilee and their significance for the domestic and world science. The author analyzes the creative evolution of his views and basic scientific achievements.

Illuminates the work of J.A. Polishchuk in various scientific and pedagogical institutions, participation in the Second World War, is paid enough attention to the period of work at the Kyiv Institute for Advanced Studies of Physicians, the scientific conclusions of the candidate's and doctoral dissertations. The described syndrome of vital asthenia is noted. The classification of psychopathological syndromes and affective psychoses is analyzed.

Mentioned by the Association of Psychiatrists of Ukraine, the Prize named after Joseph Polishchuk, which is awarded annually by the Association to a young researcher working in the system of providing psychiatric care, for a serious, prepared for publication or published scientific work, consistent with the principles of evidence-based medicine.

It is emphasized that the life and creative heritage of Professor J.A. Polishchuk need further careful investigation, and his name should be appreciated in Ukraine and the world, and be immortalized by grateful descendants.

Key words: Professor J.A. Polishchuk, the creative and life path, the scientific reserve.

*Великие люди сами сооружают себе пьедестал;
статую воздвигает будущее.
Виктор Гюго*

Иосиф Адамович Полищук (1907-1978) — крупнейший отечественный ученый, психиатр, педагог и философ, ученик академика АН УССР В.П. Протопопова, талантливый представитель украинской психиатрической школы, о наличии которой свидетельствуют, в частности, как мы уже отмечали ранее, издание профессором хирургии и душевных болезней Харьковского университета П.А. Бутковским (первый профессор «науки о душевных болезнях» и первый ее официальный преподаватель) первого



фундаментального учебника по психиатрии на русском языке «Душевные болезни, изложенные сообразно началам нынешнего учения психиатрии, в общем и частном, теоретическом и практическом содержании» (1834), в котором автор впервые ввел в русскоязычном издании термин «психиатрия», что явилось толчком для развития психиатрии, как на Сабуровой даче, так и в России в целом; издание, благодаря энергии известного харьковского профессора П.И. Ковалевского, первого отечественного руководства по психиатрии «Душевные болезни. Курс психиатрии для врачей и юристов: В 2-х т.» (1880) и первого отечественного специального журнала «Архив психиатрии, неврологии и судебной психопатологии» (1883); а также организация на базе Сабуровой дачи (ныне Харьковская областная клиническая психиатрическая больница № 3) первой в мире психоневрологической академии — Украинской (Всеукраинской) психоневрологической академии (УПНА) (1932), в состав которой входило 5 специализированных институтов: клинической психоневрологии, экспериментальной психоневрологии, детской психоневрологии, социальной психоневрологии, институт психоневрологических кадров, а также психологический сектор. Последний упомянутый институт был первым в мире институтом по подготовке психоневрологических кадров: психиатров, невропатологов, нейрохирургов, судебных психиатров, детских психиатров и невропатологов. УПНА была также первым и единственным учреждением в мире такого рода, где проводилось комплексное изучение нейронаук. Несмотря на политические противоречия того времени, деятельность УПНА получила высокую оценку известного Журнала американской медицинской ассоциации. Следует также отметить, что учеными и врачами Сабуровой дачи были заложены основы психиатрической, неврологической и нейрохирургической школ Украины [1-10].

Следует отметить, что в г. Харькове впервые был осуществлен перевод и издание учебника по психиатрии на украинском языке известных отечественных психиатров М.О. Гуревича и М.Я. Серейского с предисловием П.Б. Ганнушкина — «Підручник психіатрії» (1931) [11].

Профессор И.А. Полищук — один из наиболее талантливых учеников и соратников В.П. Протопопова, продолжателей патофизиологического направления в психиатрии. Будучи с 1954 года и до конца жизни заведующим кафедрой психиатрии Киевского института усовершенствования врачей, он оказал значительное влияние на развитие патофизиологического мышления психиатров Украины [7].

Безгранично преданный науке, И.А. Полищук весь свой талант, непреклонную волю, целенаправленность и большие знания посвятил служению психиатрии. Научные работы И.А. Полищука посвящены, главным образом, актуальным проблемным вопросам классификации, этиологии, патогенеза, генетики, клиники и лечения психических заболеваний, в первую очередь шизофрении и маниакально-депрессивного психоза (МДП). Основное его направление — это биохимия эндогенных психозов [12-14].

Иосиф Адамович родился 18 ноября 1907 года в селе Корыстова Волочисского района Хмельницкой области в многодетной семье крестьянина-кузнеца. После окончания Волочиской семилетней трудовой школы учился в Проскуровской, а затем в Каменец-Подольской медпрофшколе (медицинское училище), по окончании которой в 1925 году был направлен в качестве леккома в село Поссай Балтийского района МАССР, где заведовал фельдшерско-акушерским пунктом.

В 1926 году И.А. Полищук поступил на факультет охраны материнства и детства Киевского медицинского института, который успешно закончил в 1931 году. Во время учебы в институте Иосиф Адамович принимал активное участие в работе студенческого кружка на кафедре психиатрии, возглавляемой профессором В.М. Гаккебушем, а также активно участвовал в общественной жизни института: был секретарем комсомольской организации, председателем студенческого товарищества. После окончания медицинского института И.А. Полищук был направлен на работу в пгт. Теофиполь Хмельницкой области, где в течение 1,5 лет работал в должности заведующего райздравотделом, совмещая эту работу с деятельностью практического врача.

С 1932 по 1934 годы Иосиф Адамович обучался в аспирантуре по психиатрии в Украинском психоневрологическом институте (УПНИ), в клинике, руководимой профессором Г.Е. Сухаревой. Учёбу в аспирантуре он совмещал с работой в биохимической лаборатории данного института, руководимой профессором М.А. Чалисовым. С 1934 по 1941 годы — Иосиф Адамович ассистент кафедры психиатрии психоневрологического института и кафедры психиатрии 1-го Харьковского медицинского института, возглавляемой в то время профессором В.П. Протопоповым. В этот период И.А. Полищук совмещал педагогическую работу с научной в должности старшего научного сотрудника УПНИ и с административной — заведовал психиатрическим отделением. Принимал активное участие в общественной жизни института — был

членом и председателем местного комитета, депутатом Червонозаводского районного совета г. Харькова [15-17].

В 1941 году, в связи с началом Второй мировой войны, И.А. Полищук в звании военного врача III ранга был призван в ряды Красной Армии и назначен на должность старшего врача полка. Принимал участие в военных действиях. При прорыве из окружения в районе Барышевки Киевской области попал в плен и находился в Дарницком лагере для военнопленных. Вырвавшись из лагеря военнопленных, Иосиф Адамович работал вначале врачом-инфекционистом Волочисской районной больницы, а затем в призывной комиссии Волочисского районвоенкомата.

В августе 1944 года И.А. Полищук был зачислен на должность доцента кафедры психиатрии Киевского института усовершенствования врачей. Наряду с этим совмещал педагогическую работу на психоневрологическом факультете 2-го Киевского медицинского института с научной работой в должности старшего научного сотрудника отдела психиатрии Института клинической физиологии АН УССР (1944-1950). С 1954 года и до последнего дня своей жизни Иосиф Адамович заведовал кафедрой психиатрии Киевского института усовершенствования врачей (ныне Национальная медицинская академия последиplomного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика), где в период с 1959 по 1961 годы был вначале деканом, а с 1961 по 1966 годы — проректором по научной работе [12, 15].

В становлении профессора И.А. Полищука как учёного, педагога, психиатра и философа большое значение имела его совместная работа с профессорами В.М. Гаккебушем и Г.Е. Сухаревой. Будучи учеником и многолетним сотрудником академика АН УССР В.П. Протопопова, Иосиф Адамович внёс крупный вклад в развитие исследований по проблеме этиологии и патогенеза эндогенных психозов, в частности, шизофрении и МДП, тем самым, доказав, что он стоит на твёрдых патофизиологических позициях. Его перу принадлежит более 110 научных работ, в том числе 4 монографии и 2 научно-популярных издания: «Вредное влияние алкоголя на потомство» (1962), «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), «Атлас для экспериментального исследования психической деятельности человека» (1968, 1980), «Психическое здоровье» (1975), «Шизофрения» (1976), «Клиническая генетика в психиатрии» (1981).

22-23 ноября 2007 года в г. Киеве состоялась международная научно-практическая конференция «Современные аспекты клиники,

патофизиологии, терапии психических расстройств и организации психической помощи», посвященная 100-летию со дня рождения выдающегося психиатра, доктора медицинских наук, профессора Иосифа Адамовича Полищука. В работе конференции приняли участие более 300 психиатров со всех регионов Украины, а также специалисты из России и Беларуси [18].

Следует подчеркнуть, что по инициативе кафедры психиатрии НМАПО им. П.Л. Шупика к 100-летию со дня рождения выдающегося психиатра И.А. Полищука были изданы его «Избранные труды» (2007), в которых были размещены основные работы известного юбиляра.

Напомним, что в кандидатской диссертации «О токсическом факторе при шизофрении» (1938) Иосиф Адамович описал ароматурию и ароматемию как проявление нарушений белкового метаболизма у больных шизофренией. Установил, что явления токсикоза обнаруживаются в случаях процессуальных периодов заболевания шизофренией, характеризующихся, в противоположность дефектным и ремиссионным формам, динамичностью и обратимостью психопатологической и биохимической симптоматики. На основании полученных данных (ароматемия и ароматурия), а также увеличения в моче количества парных соединений и уменьшения родана следует думать, как утверждал Иосиф Адамович, что в организме больных шизофренией накапливается много токсических продуктов обмена ароматических аминокислот. Помимо непосредственного токсического действия, они мобилизируют для своего обезвреживания запасы серы, вызывая ее дефицит, тяжело отражающийся на других функциях организма, в частности, понижая синтез роданистых соединений. Следовательно, было доказано, что токсикоз при шизофрении обусловлен неправильным внутриклеточным обменом ароматических аминокислот [17]. И.А. Полищук одновременно изучает защитные механизмы против интоксикации и предлагает дезинтоксикационную терапию в виде гипосульфита (тиосульфата) натрия, а затем и других сернистых соединений, содержащих сульфгидрильные группы — унитиол, D-пеницилламин и другие.

Таким образом, Иосиф Адамович внес большой вклад в разработку дезинтоксикационной терапии психозов, которая успешно и широко применяется в психиатрической практике до настоящего времени.

Цикл работ И.А. Полищука по изучению этиопатогенеза эндогенных психозов, получивший широкое признание не только в нашей стране, но и за рубежом, обобщен им в докторской диссертации «Значение особенностей организма и следовых факторов в патогенезе шизофрении

и маниакально-депрессивного психоза» (1956). Изучая энергетический обмен у больных шизофренией и МДП, Иосиф Адамович установил принципиально важные понятия о гипознергизме и гиперэнергизме у данного контингента больных. Изучая совместно с академиком В.П. Протопоповым соматовегетативные расстройства у эндогенных больных, И.А. Полищук описывает **синдром витальной астении**. Признавая, что психоз — это заболевание не только мозга, но и всего организма, Иосиф Адамович, используя данные своих биохимических и соматовегетативных исследований, старался объяснить особенности психопатологической картины заболевания.

Большой оригинальностью и новизной отличается монография Иосифа Адамовича «Биохимические синдромы в психиатрии» (1967), в которой обобщены результаты исследований биохимических нарушений при психических заболеваниях, обосновывается роль биохимических нарушений в клинике психозов и место биохимии в психиатрических исследованиях. Развивается положение о том, что для понимания патофизиологии психозов могут иметь значение не отдельные биохимические показатели, а комплекс биохимических изменений в динамике. Рассматриваются такие часто встречающиеся при психозах метаболические нарушения, как алиментарные, аутоинтоксикационные, гипоксемические. Доказывается возможность биохимического исследования наследственной патологии. Уделяется внимание анализу расстройств энергетического обмена, а также биохимическому аспекту иммунологических и эндокринно-вегетативных нарушений в психиатрической клинике. Автор подверг клиническому анализу описанные биохимические синдромы и предложил вытекающие из них рациональные терапевтические мероприятия [19].

И.А. Полищук — один из наиболее талантливых учеников академика В.П. Протопопова, как уже отмечалось выше, и продолжатель оригинального патофизиологического направления в психиатрии, сблизившего его с общей медициной, открывшего новые пути в познании сущности психических заболеваний и в изыскании рациональных методов лечения и профилактики. В частности, Иосиф Адамович в последних своих работах **развивал гипотезу о мультифакториальном генезе шизофрении, принципы «обезьяживания» (детоксикации) в процессе лечения**. Его учение о структуре психозов — это учение о тех принципах, на основе которых врач отходит от схем, приближается к конкретному больному и ставит ему индивидуальный диагноз из мультифакториальности болезни [5].

Иосиф Адамович всегда уделял большое внимание эндокринным нарушениям при психических расстройствах. Его известная работа «Эндокринологические вопросы психиатрии» (1963) может быть оцененной специалистами, как классическая [20]. Эндокринологические вопросы психиатрии профессор И.А. Полищук всегда группировал вокруг трех проблем:

- 1) психопатология эндокринопатий;
- 2) эндокринные нарушения при психозах, в особенности при эндогенных;
- 3) гормонотерапии нервно-психических заболеваний.

Все эти три проблемы, разумеется, тесно связаны между собой, хотя каждая из них имеет свой собственный круг вопросов. Суммируя опыт использования гормонов и средств, изменяющих функции эндокринных желез, в психиатрии, следует заметить, что эти препараты, как подчеркивал Иосиф Адамович, являются мощными лечебными факторами патогенетического действия, однако для своего применения требуют от врача не только знания их физиологии и фармакодинамических свойств, но и некоторых возможностей постановки специальных исследований для выявления показаний к их применению и контролю за ходом лечения.

И.А. Полищук подчеркивал, что эндокринологические наблюдения и исследования в психиатрии показывают, что психоз не может быть сведен единственно к патологии мозга, а является заболеванием всего организма и что нарушения деятельности головного мозга чаще всего, и в своей основе, зависят от глубоких расстройств основных жизненных процессов в теле. Эндокринологические исследования в психиатрии, наряду с биохимическими, приближают нас к истинному познанию сущности психозов на клеточном и молекулярном уровнях [20].

Иосиф Адамович подчеркивал, что в клинической сфере существует множество систем классификации как для психических расстройств в целом, так и для частных групп расстройств. Однако, из-за множества аспектов оценки нельзя ответить на вопрос, какая система классификации наилучшая вообще, так как системы различаются между собой своей приемлемостью в отношении отдельных критериев оценивания (формальная точность, польза, логическая последовательность и т. д.). Все существующие классификации психопатологических синдромов и аффективных психозов, по мнению профессора И.А. Полищука, носят описательный характер и не отражают патогенез и сущность упомянутых психических расстройств.

В этой связи, все психопатологические синдромы профессор И.А. Полищук делил на следующие группы:

- I. Органические психопатологические синдромы.**
- II. Экзогенные психопатологические синдромы.**
- III. Эндогенные психопатологические синдромы.**
- IV. Конституционально обусловленные синдромы и возрастные состояния.**
- V. Психогенные психопатологические состояния и синдромы.**
- VI. Защитные психопатологические синдромы.**

Сущность и этиологические моменты указанных групп психических расстройств освещены нами в предыдущих работах [5, 21].

Не менее интересными представляются взгляды И.А. Полищука на аффективные психозы и МДП [22]. Понятие «аффективные психозы», как справедливо подчеркивает Иосиф Адамович, возникло в связи с установлением генетической гетерогенности МДП. Периодические (монополярные) витальные депрессии чаще встречаются в семьях, отягощенных только периодическими депрессиями. Больные с такими депрессиями отличаются от больных МДП и преморбидно: это преимущественно лица со слабым типом нервной системы, сензитивные, легкоранимые, астенические. Предполагают, что в наследственности депрессивных психозов, а не МДП, играет большую роль X-хромосомный фактор.

Работами К. Клейста и К. Леонгарда [23] установлено существование клинически и генетически отличных от МДП монополярных и биполярных психозов, в психопатологической картине которых, помимо аффективных нарушений, наблюдаются как шизофреноподобные нарушения, так и экзогенные включения (расстройства сознания). Такие психозы часто называются «шизоаффективными». Консервативно настроенные авторы предпочитают говорить либо об атипичных формах шизофрении и МДП, либо смешанных психозах (смешении шизофренической и МДП наследственности). Генетическими исследованиями, однако, эта концепция не подтверждается, поскольку потомство от таких смешанных браков заболевает «чистыми» психозами (МДП или шизофренией). И, наконец, некоторые советские психиатры, отрицающие концепцию Клейста-Леонгарда о третьем эндогенном психозе, противопоставляли ему «периодический» психоз на резидуально-органической основе с локализацией в диэнцефальной области (Р.Я. Голанд, Г.Е. Сухарева, П.Ф. Малкин) [23].

Профессор И.А. Полищук утверждал, что четкое клиническое и генетическое сходство дает возможность уже в настоящее время говорить о следующих нозологических формах или группах аффективных психозов [22]:

1. МДП — классические биполярные формы.
2. МДП — атипичные, смешанные состояния.
3. ДП — депрессивный психоз (периодическая витальная депрессия).
4. Циклоидный психоз с монополярной (фазофренией) и биполярной формами.
5. Периодические психозы, возникающие под влиянием экзогенных факторов на основе резидуально-органических поражений мозга диэнцефальной локализации.

Характерно, что больные каждой из этих форм составляют надежную репрезентативную группу для углубленного патогенетического изучения. На основании собственных исследований профессор И.А. Полищук полагал, что заболевания 1-й группы представляют собой самостоятельную конституциональную болезнь (болезнь предрасположения) с поражением всей соматовегетативной сферы и нарушением метаболизма в направлении изменения энергетического (углеводно-фосфорного) обмена; заболевания 2-й группы — то же, что и первой, но модифицированные личностью и интенсивностью течения; 3-я — особая генетическая форма, быть может, связанная с мутацией генов, локализованных в коротком плече X-хромосомы, и характеризующаяся выраженным нарушением метаболизма по астеническому типу; 4-я — особая группа благоприятно протекающих эндогенных психозов без значительных изменений соматической сферы, но с выраженной церебральной неполноценностью; 5-я группа — экзогенно-органические заболевания с лабильностью структур межучасточного мозга и нарушением ликворопродукции и ликвородинамики [22].

Таким образом, приведенные классификации психопатологических синдромов и аффективных психозов, разработанные профессором И.А. Полищуком, позволяют учитывать отмеченные особенности патогенеза и сущность упомянутых расстройств, что, по нашему мнению, необходимо в свою очередь учитывать при проведении лечебно-реабилитационных мероприятий у указанного континента психически больных. Хочется надеяться, что результаты, разработанных классификаций И.А. Полищука, будут учтены при разработке очередного пересмотра Международной классификации болезней, над созданием которого в настоящее время работает специальная группа специалистов ВОЗ.

Иосиф Адамович Полищук всегда был против огульной, интенсивной, активной ресоциализации, равно как и огульной, чрезмерной поддерживающей терапии нейролептиками. Иосиф Адамович подчеркивал, что необходимы индивидуальные и комплексные мероприятия. Только конкретный анализ психопатологических и патофизиологических особенностей каждого больного позволяют наметить правильную схему медицинских и социально-психотерапевтических мероприятий по возвращению многих из них к трудовой жизни.

И.А. Полищук всегда был активным реформатором организации психиатрической помощи. Он выступал за введение системы нестеснения, за соблюдение деонтологических принципов в психиатрии. Интересны его взгляды на психотерапевтов. «Психотерапия, — говорил он, — предполагает готовить не специально психотерапевтов, а ориентированных на проведение психотерапии психиатров». Врачи, занимающиеся только социо- и психотерапией, фактически перестают быть врачами.

Круг научных интересов профессора И.А. Полищука был необычайно широк. Он изучал эндогенные психозы и пограничные состояния, вопросы геронто- и соматопсихиатрии, разрабатывал вопросы классификации психических расстройств, методологические и философские проблемы медицины, научной организации и управления охраной здоровья, занимался популяризацией медицинских знаний. Во все эти разделы Иосиф Адамович внес существенный вклад. Он очень вежливо и охотно откликался на все новое, прогрессивное, передовое в медицине. И.А. Полищук не переносил косности и консерватизма в мышлении некоторых психиатров, которые не могут расстаться с устаревшими представлениями о психозах, как заболеваниях особого класса, касающихся только психики, или в лучшем случае — мозга.

Иосиф Адамович был человеком энциклопедических знаний, владел несколькими иностранными языками, обладал огромной эрудицией в физиологии, патофизиологии, медицинской генетике, эндокринологии, иммунологии и других смежных дисциплин.

Большим успехом пользовались проводимые врачебные конференции в больнице имени И.П. Павлова, на которых сопредседателями нередко были профессора И.А. Полищук и Я.П. Фрумкин. Иосифа Адамовича очень любили пациенты и сотрудники. Для последних и коллег-профессоров он всегда был «генератором» новых научных идей. И.А. Полищук всегда с большой любовью и уважением цитировал научные работы своего учителя академика В.П. Протопопова. При этом любил

подчеркивать, что он является как бы научным сыном академика, а мы, младшие, должны быть его научными внуками.

У Иосифа Адамовича был особенный стиль руководства кафедрой. Он предоставлял своим научным сотрудникам максимум научной инициативы, никогда не подавлял сотрудников личным авторитетом, а лишь направлял исследования в нужное русло. Несомненно, благодаря коллективному творчеству рождались интересные работы. И.А. Полищук всегда умел свои научные интересы и интересы своих сотрудников совместить, объединить с запросами клиники и практической психиатрии. На клинических разборах Иосиф Адамович любил умышленно уводить курсантов в сторону от постановки правильного диагноза, при этом подробно рассуждая о дифференциальной диагностике и обосновании диагноза, тем самым, способствуя повышению их профессионального мастерства.

И.А. Полищук много времени уделял подготовке молодых учёных и практических врачей. Под его руководством подготовлено и защищено 9 докторских и 19 кандидатских диссертаций. Свыше 3000 врачей-психиатров прошли специализацию, усовершенствование, обучение в клинической ординатуре и аспирантуре на кафедре психиатрии. Среди его учеников следует отметить таких как Л.А. Булахова, А.В. Олейник, В.С. Шапошников, Н.М. Попович, В.Н. Кузнецов, К.М. Михайлова, А.Е. Видренко, И.А. Ванштейн, Е.С. Лищук, П.Т. Петрюк и многие другие [5, 11, 17, 22].

Как ученый и педагог профессор И.А. Полищук много энергии и знаний отдал развитию лучших традиций и достижений украинской психиатрической школы. Как врач и ученый, как крупнейший представитель украинской психиатрической школы, Иосиф Адамович большое внимание уделял развитию гуманистических принципов психиатрии, а также ее деонтологических основ.

Поражает его активность, профессиональная эрудиция, увлеченность, удивительная способность видеть новое и правильно интерпретировать и сопоставлять полученные результаты исследований, неутомимость, глубина и широта теоретической мысли, способность сплачивать дружный и работоспособный коллектив. Иосиф Адамович был замечательным врачом. Сострадание и сочувствие к больному, сколь бы тяжелым и безнадежным не являлось его состояние, всегда были ведущими принципами его общения с больными. И это всегда чувствовали больные и их родственники. Этому качеству постоянно учились у него окружающие его врачи и студенты. В служении душевнобольным он видел главный смысл своей жизни. **Он остается**

вдохновляющим примером для коллег и учеников. Весь трудовой путь И.А. Полищука от фельдшера до ведущего ученого страны является примером сочетания большого таланта, огромного трудолюбия, бескорыстного и самоотверженного служения душевнобольным.

Примечательно, что, выступая на научно-практической конференции, посвященной 90-летию со дня рождения профессора И.А. Полищука (г. Киев, 19 ноября 1997 года), профессор В.М. Блейхер справедливо отмечал, **что Иосиф Адамович входил в десятку лучших профессоров Советского Союза**, без него и Я.П. Фрумкина нельзя было бы представить себе конференции в больнице имени И.П. Павлова. В последующем, профессор А.П. Чуприков верно подметит, что **профессора И.А. Полищука следует считать классиком украинской психиатрической школы** [24].

Иосиф Адамович с уважением относился к молодым специалистам, даря им книги, как мы уже отмечали ранее, делал надпись «Для критики и размышления». Нельзя не отметить, с какой теплотой и уважением к профессору И.А. Полищуку прошла вышеупомянутая научно-практическая конференция и последующая юбилейная конференция, посвященная 100-летию со дня рождения Иосифа Адамовича (г. Киев, 23 ноября 2007 года). Безусловно, мы должны помнить об этом человеке, враче-психиатре и известном ученом.

В своей работе «Воспоминания об отце» сын И.А. Полищука профессор Ю.И. Полищук, который продолжает славные научные традиции своего отца, будучи руководителем отдела геронтопсихиатрии Московского НИИ психиатрии Росздрава, пишет, что одним из его главных человеческих качеств на протяжении всей жизни было большое трудолюбие и высокая работоспособность в достижении тех целей и задач в профессиональной деятельности, которые он перед собой ставил. Он выполнял такой объем умственной работы, который под силу обычно трем-четырем разным специалистам вместе взятым. Его отличала необыкновенная широта научных интересов, которые выходили далеко за рамки клинической психиатрии. Будучи преданным идеям своего учителя академика В.П. Протопопова, он стремился в своей научной деятельности к раскрытию патофизиологических основ и механизмов психических расстройств. В центре его научных интересов и исследований были биохимические и нейрохимические изменения при психических заболеваниях. Основным итогом работ в этой области явилась монография «Биохимические синдромы в психиатрии». Особый интерес в последние годы жизни у него вызывала генетика психических заболеваний.

Научные интересы Иосифа Адамовича не ограничивались проблемами биологической психиатрии. Он активно интересовался, вникал и изучал многие вопросы не только биологической, клинической, но и социальной психиатрии. Его, в частности, интересовали вопросы социальной реабилитации психически больных, первичной и вторичной профилактики психических заболеваний с учетом влияния социальных и социально-психологических факторов на развитие, течение и исходы психических расстройств. По сути дела профессор И.А. Полищук уже тогда развивал и отстаивал концепцию биопсихосоциальной модели психических расстройств, о которой сейчас много говорится со ссылкой на зарубежных авторов.

Будучи высоконравственным, честным человеком, Иосиф Адамович отличался большой требовательностью к себе, своим ученикам, своим детям. Ему была присуща принципиальность и бескомпромиссность в поисках научной истины и жизненной правды. **Он не терпел лести и подхалимства, не любил ленивых и живых людей.** Его никогда не устраивала полуправда и всяческие натяжки, попытки выдать желаемое за действительное. Это был **настоящий рыцарь науки**, готовый к сражению со своими оппонентами в открытой полемике и дискуссиях.

Говоря о его нравственном облике, нужно в наше время вспомнить о том, как он категорически возражал против разного рода подарков и подношений со стороны больных и их родственников в знак благодарности за успешное лечение. Он открыто их отвергал, и в этом проявлялась его моральная щепетильность, бескорыстие, скромность человека, рожденного и воспитанного в детстве и отрочестве в крестьянской семье. Его всегда отличала бытовая неприхотливость, индифферентное отношение к предметам роскоши, деликатесам, шикарной одежде. Он был удивительно прост и доступен в общении с разными людьми и прежде всего с пациентами. Его отзывчивость и готовность оказать помощь советом или делом по многим вопросам не только профессиональным, но и житейским известна многим, кто с ним общался и знал его.

В своем письме профессору Д.Д. Федотову, написанному за 2,5 года до своей преждевременной смерти, Иосиф Адамович излагает основные принципы и задачи преподавания психиатрии, которые вырабатывались им на протяжении многих лет преподавательской деятельности на кафедре психиатрии Киевского государственного института усовершенствования врачей. И.А. Полищук, в частности, пишет, что врачи, окончившие медицинские институты

и приезжающие на специализацию по психиатрии очень плохо подготовлены по данной специальности, им приходится «вдалбливать» самые элементарные знания, необходимые для работы в психиатрических учреждениях. Приходится также убеждаться в плохой их подготовке и по смежным теоретическим дисциплинам, так необходимым для деятельности психиатра, а именно: эндокринологии, иммунологии, генетике, биохимии и другим. Для ликвидации упомянутых дефектов Иосиф Адамович рекомендует: 1) восстановить преподавание ВНД и современной нейропсихологии, может быть в курсе современной медицинской психологии или патопсихологии; 2) при изложении нозологических форм необходимо больше давать сведений о сущности психических форм заболеваний, то есть патофизиологии их как болезней всего организма, используя достижения современной клинической и теоретической медицины (надо найти время и не бояться повторов, чтобы изложить хотя бы вкратце такие проблемы в соответствующих разделах, как молекулярная генетика, иммунология, вирусология, теоретическая и клиническая эндокринология, биохимия и других в современном аспекте и в связи с психической патологией); 3) должна быть не только вводная лекция по истории мировой и отечественной психиатрии, но и в историческом аспекте при изложении всех тех программ, памятуя высказывание академика Д.И. Щербакова о том, что разумное существо человек обязательно связывает в своем мышлении по времени — *прошлое, настоящее и будущее, ибо нельзя понять настоящее без прошлого и нелепо мечтать о будущем, не освоив настоящего*; 4) указанное в пункте 3 должно обязательно сочетаться с методологическим (философским) аспектом психиатрических проблем, в центре которых должна стоять проблема взаимосвязи биологического и социального (и психологического), неправильное решение которой как в прошлом, так и в настоящем, порождало идеологические споры.

И.А. Полищук подчеркивает, что все сказанное, естественно, относится и к учебникам по психиатрии, которые страдают этими же дефектами, что и преподавание. Надо писать новые учебники, а для врачей и руководства [25].

Иосиф Адамович отличался несравненным трудолюбием, углубленно изучал все достижения мировой психиатрии и биологии, новейшие направления в науке. Все вышеперечисленное и собственные идеи получали отражение в необыкновенной глубине его лекций курсантам, длившихся нередко до 3,5 часов (такая же была лекция по пресенильным психозам и в последний день его жизни), после которых «можно

было идти заведовать кафедрами, а не только использовать во врачебной практике» (выражение одного из слушателей). И каждая его лекция не была повторением предыдущей, а вносила что-то новое, с использованием новейших знаний [7].

Нельзя не вспомнить 50-60-е годы прошлого века, ознаменовавшиеся большими открытиями генетики в мировой науке, утверждением новых классов болезней — молекулярных и хромосомных. Генетическая тематика немедленно была включена в программу преподавания курсантам-психиатрам с тесным приложением к практике. И многие из старшего поколения помнят, как Иосиф Адамович неутомимо, осваивая сам, увлеченно учил врачей больницы на еженедельных конференциях самым сложным (непривычным для психиатров после мрачного периода запрета генетики в нашей стране) истинам молекулярной генетики, новым законам переноса информации, новым классам болезней, отношению их к психическим заболеваниям.

Не случайно диагностика и лечение даже такой распространенной энзимопатии, как фенилкетонурия, начаты в Украине не педиатрами или генетиками, а, благодаря Иосифу Адамовичу, психиатрами. Научные интересы И.А. Полищука распространялись и на другие наследственные болезни, на проблемы возрастной психиатрии. По его инициативе был организован курс, а затем кафедра детской психоневрологии (вторая в СССР), которую в последующем возглавила ученица И.А. Полищука профессор, доктор медицинских наук Л.А. Булахова [7].

Профессор И.А. Полищук оставил после себя живой образ самого гуманного, доброго, порядочного, честного, интеллигентного и высокоинтеллектуального человека, высочайшей степени профессионала-психиатра, талантливейшего, всесторонне образованного ученого с глубоким научным мышлением, прекрасного лектора и педагога, привлекавшего огромное количество слушателей на свои непревзойденные по содержанию и форме лекции. Свою научную, лечебную и педагогическую деятельность Иосиф Адамович совмещал с большой общественно-организаторской работой: был членом президиума Всесоюзного общества невропатологов и психиатров, заместителем председателя правления Республиканского общества невропатологов и психиатров, председателем Республиканской проблемной комиссии «Психиатрия» Министерства здравоохранения УССР, главным психиатром Министерства здравоохранения УССР на протяжении 17 лет, членом редколлегии журнала «Врачебное дело», руководителем методологического семинара для профессоров Киевского института

усовершенствования врачей «Философские проблемы биологии и медицины», активным организатором и участником психиатрических съездов и конференций, председателем секции по распространению медицинских знаний республиканского общества «Знание», претворяя в жизнь свои научные разработки и идеи своего учителя.

Боевая, трудовая и научная деятельность профессора И.А. Полищука отмечена рядом правительственных наград: орденом Трудового Красного Знамени, медалями «За оборону Киева», «За трудовую доблесть», «За доблестный труд», Почётной грамотой Президиума Верховного Совета СССР [5, 11, 17, 22].

Учрежденная Ассоциацией психиатров Украины премия имени Иосифа Полищука ежегодно присуждается Ассоциацией молодому исследователю (врачу или психологу), работающему в системе оказания психиатрической помощи, за серьезную, подготовленную к печати либо опубликованную научную работу, соответствующую принципам доказательной медицины.

Иосиф Адамович, несмотря на почти абсолютную изоляцию от современных ему исследований в клинической психиатрии в Западной Европе и Северной Америке, сумел приблизиться к научным концепциям, являвшимся тогда передним краем психиатрической науки и практики в цивилизованных странах. Имел мужество посильно противостоять давлению так называемой московской школы академика А.В. Снежневского, насаждавшей на всей территории СССР и Восточной Европы расширительное толкование диагноза «шизофрения». Некоторые идеи и гипотезы профессора И.А. Полищука актуальны и сегодня, соответствуют современным международным понятиям доказательной медицины [26].

Хочется надеяться, что молодое поколение современных психиатров будет уважительно

относится к памяти профессора И.А. Полищука так, как и старшее поколение, многие из которых считают себя учениками прославленного профессора. Также хочется верить, что в Украине найдется коллектив кафедры учебного заведения или научного отдела (отделения) научно-исследовательского учреждения, которые захотят носить имя профессора И.А. Полищука. Ибо как говорил академик Д.И. Щербаков: «... *нельзя понять настоящее без прошлого и нелепо мечтать о будущем, не освоив настоящего*» [25].

Примечательно, что Иосиф Адамович похоронен на Байковом кладбище г. Киева рядом с могилой своего любимого учителя академика В.П. Протопопова.

Мы живем в сложное время, полное испытаний для науки Украины вообще, и для психиатрии в частности. Появляются тенденции к девальвированию отечественной психиатрии. Поэтому и сейчас особенно важно не забывать тех, кто составлял её честь, гордость и славу. Отмечая 110-летие со дня рождения профессора И.А. Полищука, мы бережно храним о нем память, как о крупном ученом, прекрасном враче и педагоге, общественном деятеле, светлом и мудром человеке, достойном сыне украинского народа, ярком представителе творческой интеллигенции Украины. Безусловно, благодаря таким честным и принципиальным психиатрам, как Иосиф Адамович, украинская психиатрия не стала служанкой тоталитарной системы.

Вне сомнения, жизненный путь и творческое наследие профессора И.А. Полищука нуждаются в дальнейшем тщательном исследовании, а его имя, как талантливого представителя украинской психиатрической школы, оказавшего значительное влияние на развитие патофизиологического мышления психиатров Украины, должно быть по достоинству оценено в Украине и мире, и увековечено благодарными потомками.

Литература

1. Кузнецов В.М. Психіатрія / В.М. Кузнецов, В.М. Чернявський. — К.: Здоров'я, 1993. — 344 с.
2. Петрюк П.Т. Дореволюционный этап деятельности Сабуровой дачи / П.Т. Петрюк // История украинской психиатрии: Сборник научных работ. — Т. 1. — Х.: Б.и., 1994. — С. 112-115.
3. Петрюк П.Т. Творческий путь и научное наследие профессора П.И. Ковалевского: краткий очерк / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк, О.П. Иваничук // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. — 2016. — № 2 (37) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.mprj.ru/archiv_global/2016_2_37/potmer05.php (дата обращения 02.05.2017).
4. Петрюк П.Т. Сабурова дача: хронология лидерства в украинской психиатрии / П.Т. Петрюк, И.К. Сосин, И.И.Кутько, А.П. Петрюк // Вісник психіатрії та психофармакотерапії. — 2011. — № 1 (19). — С. 73-77.
5. Поліщук Й.А. Вибрані праці: До 100-річчя від дня народження видатного психіатра Й.А. Поліщука. — К.: Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика, 2007. — 608 с.
6. Петрюк П.Т. Профессор П.А. Бутковский — основоположник научной и практической психиатрии в Украине (К 210-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2010. — № 2 (27). — С. 79-86.
7. Булахова Л.А. Памяти моих учителей психиатрии / Л.А. Булахова // Психічне здоров'я. — 2010. — № 1 (26). — С. 79-82.

8. Яновский С.С. Вопросы судебной психиатрии в первом руководстве по психиатрии «душевные болезни» (1834) П.А. Бутковского / С.С. Яновский // Судебная и социальная психиатрия 90-х годов: Материалы международной конференции. — Т. 1. — Киев-Харьков-Днепропетровск: Б.и., 1994. — С. 3-4.
9. Кузнецов В.Н. Памяти профессора И.А. Полищука (К 105-летию со дня рождения) / В.Н. Кузнецов, П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2012. — № 2 (35). — С. 90-98.
10. Ковалевский П.И. Душевные болезни. Курс психиатрии для врачей и юристов: В 2-х т. — 5-е изд. / П.И. Ковалевский. — СПб., 1905. — Т.1. — 298 с., т.2. — 299-656 с.). (Пред. изд.: 1880,1882,1885,1886 гг.).
11. Гуревич М.О. Підручник психіатрії / М.О. Гуревич, М.Я. Серейський / З передмовою П.Б. Ганнушкіна. Перекл. з рос. Б.Ю. Андрієвський та М.С. Марковський. — Х.: Держвидав, 1931. — 337 с.
12. Иосиф Адамович Полищук: Некролог // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. — 1979. — Т. 79. — № 6. — С. 814.
13. Кузнецов В.Н. Патофизиологическая школа академика В.П. Протопопова в украинской психиатрии / В.Н. Кузнецов // История украинской психиатрии: Сборник научных работ. — Т. 1. — Х.: Б.и., 1994. — С. 82-85.
14. Кузнецов В.Н. Выдающийся отечественный психиатр профессор Иосиф Адамович Полищук (К 95-летию со дня рождения) / В.Н. Кузнецов, П.Т. Петрюк // Психічне здоров'я. — 2003. — № 1 (1). — С. 89-92.
15. Напреєнко О.К. Історія психіатрії / О.К. Напреєнко, А.О. Двірський // Психіатрія / Напреєнко О.К., Влох І.Й., Голубков О.З. із співавтор.; За ред. проф. О.К. Напреєнка. — К.: Здоров'я, 2001. — С. 12-29.
16. 25 лет Украинского психоневрологического института: Труды УПНИ. — Х.: Издание УПНИ, 1945. — Т. 15. — 220 с.
17. Диссертации (тезисы) и отчет о научной работе Центрального психоневрологического института. — Х.: Издание УПНИ, 1940. — 184 с.
18. Кузнецов В.Н. Современные аспекты клиники, патофизиологии, терапии психических расстройств и организации психической помощи / В.Н. Кузнецов // НейроNews: Психоневрология и нейропсихиатрия. — 2008. — № 1 (6) [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://neuronews.com.ua/ru/archive-issue-6/No1mer-zhurnala-> (дата посещения 04.05.2017).
19. Полищук И.А. Биохимические синдромы в психиатрии / И.А. Полищук. — К.: Здоров'я, 1967. — 136 с.
20. Полищук И.А. Эндокринологические вопросы психиатрии / И.А. Полищук // Труды Государственного научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. — Т. XXIX. — Л., 1963. — С. 157-169.
21. Петрюк П.Т. Вопросы классификации психических расстройств в научных работах профессора И.А. Полищука (К 100-летию со дня рождения) / П.Т. Петрюк, А.П. Петрюк // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15. — Вип. 3 (52). — С. 110-112.
22. Полищук И.А. Маниакально-депрессивный психоз и аффективные психозы / И.А. Полищук // VI съезд невропатологов и психиатров Украинской ССР: Тезисы докладов. — Х.: Б.и., 1978. — С. 339-340.
23. Leonhard K. Атипичные психозы и учение Клейста об эндогенных психозах / K. Leonhard // Клиническая психиатрия: Пер. с нем. / Под ред. Г. Груле, Р. Юнга, В. Майер-Гросса, М. Мюллера. — М.: Медицина, 1967. — С. 119-142.
24. Чуприков А.П. XIV съезд психиатров России: Отчет о зарубежной командировке проф., д-ра мед. наук А.П. Чуприкова / А.П. Чуприков. — К.: ООО «Институт нейропсихиатрии А. Чуприкова», 2005. — 32 с.
25. Письмо профессора И.А. Полищука профессору Д.Д. Федотову от 22.02.1976 г. — 3 с. // Из личного архива профессора Ю.И. Полищука.
26. Премия АПУ имени Иосифа Полищука // Вестник ассоциации психиатров Украины. — 2012. — № 2 [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.mif-ua.com/archive/article/34309> (дата обращения 04.05.2017).

УДК 616.895+616.89-008.441.44+616-08

Аналіз суїцидальної поведінки осіб з аддикціями, які проживають в депресивному промисловому регіоні м. Лисичанськ в періоди 2006-2016 років

Будьонний П.В., Овчаренко М. О., Євтушенко Ю.О.

ДЗ «Луганський державний медичний університет» (м Рубіжне), кафедра психіатрії та наркології.

Резюме.

Актуальність: Значимість изучения суїцидального поведінки у пацієнтів з залежностями обумовлена тим, що частота самоубийств і других форм аутоагресії на фоні алкоголізму в 20-60 раз вище, ніж у осіб, не страждаючих залежностями.

Цель исследования: Изучение социально-демографических и гендерных характеристик совершенных суїцидальных попыток у пацієнтів з аддикціями г.Лисичанска і прилежачих територій за період 2006-2016 годов, для дальнейшей оценки прогнозирования последствий суїцидальной активности.

Материалы и методы: В ходе работы, из 18,5 тыс. медицинских карт стационарных больных, проходивших лечение в период 2006-2016 годов в стационарных отделениях Лисичанской областной психиатрической больницы, были отобраны и клинично-анамнестически проанализированы 103 случая суїцидального и аутоагрессивного поведения пацієнтів з аддикціями.

Выводы: Удельный вес пацієнтів з залежностями от алкоголя составляет 18,4%±0.33 среди мужчин и 12,3%±0.20 у женщин, от общей массы пацієнтів с суїцидальным поведением. Ведущей формой суїцидального поведения у пацієнтів с залежностями от психоактивных веществ является суїцидальная попытка (парасуїцид) у мужчин 38%±0,61, и 59,4%±0,75 у женщин. Суїцидальное поведение пацієнтів з аддикціями у более 80% у женщин и 50% мужчин носит манипулятивный характер и не несет значительной угрозы для пациента. Максимальная суїцидальная активность у мужчин приходится на возрастные периоды 18-29 (32,4%±0,56) лет и 30-39 лет (31%±0,55), а у женщин 50%±0,55 приходится на 30-39 лет. Ведущим мотивом суїцидального поведения у мужчин является «избегание непереносимой жизненной ситуации» 42,2%±0,64, а у женщин «протест, месть» 43,7%±0,65. Суїцидальное поведение пацієнтів с химическими аддикціями тем или иным образом связано с употреблением психоактивного вещества (происходило в состоянии опьянения 81,9% и у 18,1% в состоянии абстиненции), и имеет своей целью манипуляцию окружающими (более 80% у женщин и 50% мужчин)

Ключевые слова: суїцидальное поведение, аддикция, алкоголизм, аутоагрессия, парасуїцид.

The analysis of suicidal behaviors in addicted people, living in depressive industrial region t. Lisichanck in 2006-2016

Budyonny PV Ovcharenko M., Y. Yevtushenko.

Resume.

Justification: The importance of studying suicidal behaviors in patients with addictions is determined by the frequency of suicides and other forms of autoaggression on a ground of alcoholism that is 20-60 times higher than in people with no addictions.

Research objective: Studying the social-demographic and gender characteristics of the committed suicidal attempts of the patients with addictions living in Lisichanck and surrounding areas during 2006-2016 in order to asses and project the consequences of suicidal activities.

Materials and methods: In the course of work, among 18, 5 thousand medical charts of resident patients of the Lisichansk regional psychiatric hospital 103 cases of suicidal and autoaggressive behavior of patients with addictions were chosen and clinically and anamnestically analyzed.

Conclusions: The proportion of patients with alcohol addictions is 18,4%±0.33 in men and 12,3%±0.22 in women from the overall number of patients with suicidal behavior. The leading form of suicidal behavior in patients with addictions from psychoactive substances is suicidal attempt (parasuicide) in men 38%±0,61, and 59,4%±0,75 in women. Suicidal behavior in patients with addictions is 80% in women and 50% in men, it carries manipulative character and doesn't pose any real threat for the patient. Maximum suicidal activity in men accrues to age 18-29 (32,4%±0,56) and 30-39 (31%±0,55), in women 50%±0,55 accrues to 30-39 years. The leading motive for suicidal behavior in men is "escaping the unbearable life situation" 42,2%±0,64, in women "rebellion, revenge" 43,7%±0,65. Suicidal behavior of patients with chemical addictions is otherwise related to substance use (happened under alcohol intoxication 81,9% and 18,1% in the condition of abstinence), and has as its goal manipulating others (more than 80% in woman and 50% in men).

Key words: suicidal behavior, addiction, alcoholism, autoaggression, parasuicide.

Актуальність: Значимість вивчення суїцидальної поведінки у пацієнтів з залежностями обумовлена тим, що частота самогубств та інших форм аутоагресії на тлі алкоголізму у 20-60 разів вище, ніж в осіб, які не страждають залежністю [2].

Погляди на суїцидальну поведінку при хімічних аддикціях так само різноманітні, як і при інших психіатричних патологіях, що додає інтересу до цієї теми. Так, К.А.Меннінгер (1948) розцінював

сам алкоголізм, як одну з форм хронічного самогубства. Існує протилежна точка зору, згідно з якою алкоголізм сам по собі не впливає на суїцидальну поведінку, тому що маскує депресивну або іншу психопатологічну симптоматику, яка власне й обумовлює суїцидальну поведінку [9].

Мета дослідження: Вивчення соціально-демографічних та гендерних характеристик скоєних суїцидальних спроб у пацієнтів з аддикціями

м. Лисичанськ і прилеглих територій за період 2006-2016 років, для подальшої оцінки прогнозування наслідків суїцидальної активності.

Завдання дослідження: Визначити фактори формування суїцидальної поведінки у пацієнтів з аддикціями, які проживають в депресивному регіоні Донбасу в період з 2006 по 2016 рік.

Дослідити і систематизувати вплив соціально — демографічних, клінічних, психодіагностичних показників на механізми виникнення суїцидальної поведінки у пацієнтів з аддикціями.

Матеріали і методи: В ході роботи, з 15 тис. медичних карт стаціонарних хворих (ф.№003/о), які проходили лікування в довоєнний період 2006-2013 років в стаціонарних відділеннях Лисичанської обласної психіатричної лікарні [5,6], і 3,5 тисяч пацієнтів, які проходили лікування в 2014-2016 роки, були відібрані та клініко-анамнестично проаналізовані 63 і 40 відповідно випадків суїцидальної і аутоагресивної поведінки пацієнтів з аддикціями.

При використанні клініко-анамнестичного методу, критерієм оцінки стану пацієнта була міжнародна класифікація хвороб десятого перегляду (МКБ-10).

В ході роботи аналізувався весь спектр суїцидальної поведінки (СП), що включає в себе суїцидальні думки, задуми, наміри і дії, спрямовані на самоушкодження або самознищення, тобто всі внутрішні і зовнішні форми суїцидальної активності [1,2,10].

Обробка отриманих даних здійснювалася методами математичної статистики (квадратичне відхилення) на комп'ютері з використанням обчислювальних таблиць ExcelMicrosoftOffice 2014 [7].

Результати та їх обговорення: Аналіз питомої ваги суїцидальної поведінки при аддикціях, показав вкрай неоднорідну картину розподілу між чоловіками і жінками (рис.1).

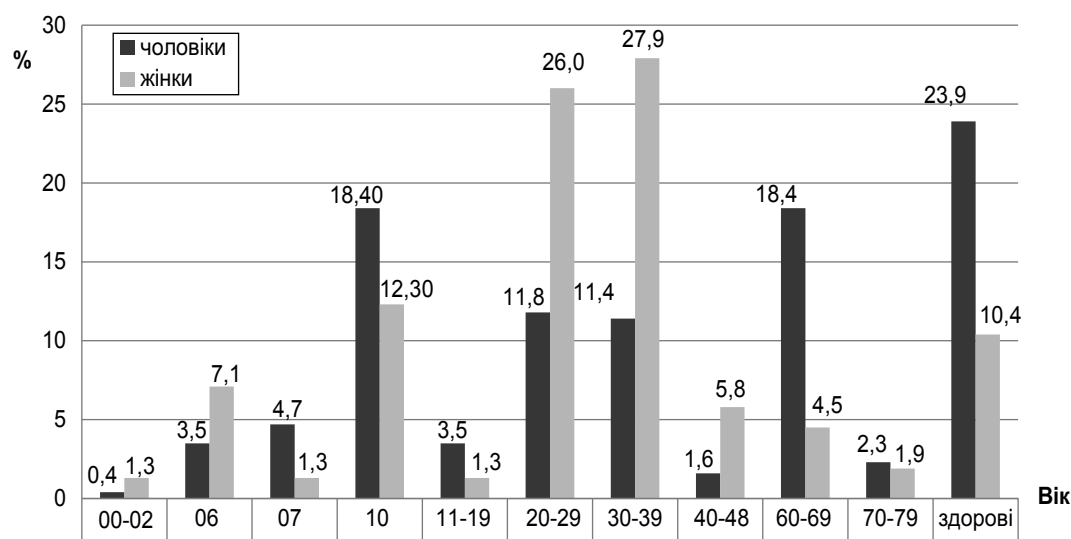
Суїцидальна поведінка у чоловіків з алкогольною залежністю ($18,4\% \pm 0,33$) стоїть на другому місці після психічно здорових чоловіків ($23,9\% \pm 0,38$), а при підсумовуванні всього спектру розладів внаслідок вживання психоактивних речовин, включаючи наркоманію і вживання декількох психоактивних речовин, практично ділить з ними перше місце $21,9\% \pm 0,39$.

У жінок суїцидальна поведінка при алкогольній залежності за частотою стоїть на третьому місці ($12,3\% \pm 0,20$), після пацієток з афективними порушеннями ($27,9\% \pm 0,31$) та шизофренією ($26\% \pm 0,30$), випереджаючи здорових ($10,4\% \pm 0,19$)

В результаті аналізу розподілу суїцидальної поведінки у всього масиву пацієнтів за формами, встановлено, що суїцидальні наміри ($31,2\% \pm 0,33$) і суїцид ($26,6\% \pm 0,3$) достовірно частіше спостерігалися у жінок, ніж у чоловіків — $24,7\% \pm 0,38$ і $22\% \pm 0,36$ відповідно, а суїцидальні спроби частіше у чоловіків $33,7\% \pm 0,45$, ніж у жінок $21,4\% \pm 0,27$. (Рис.2)

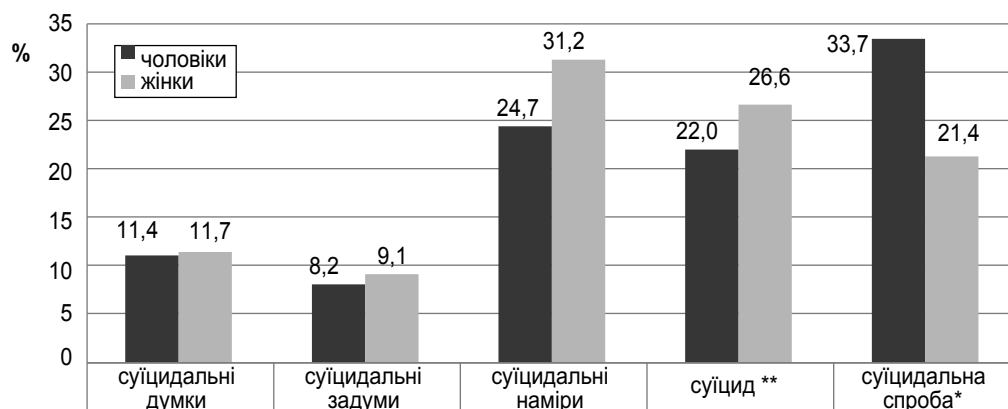
Провідною формою суїцидальної поведінки у пацієнтів з залежностями від психоактивних речовин є суїцидальна спроба (парасуїцид), у чоловіків $38\% \pm 0,61$, і $59,4\% \pm 0,75$ у жінок, на другому місці, з практично однаковими показниками, були суїцидальні наміри ($29,6\% \pm 0,54$ чоловіки і $28,1\% \pm 0,52$ жінки). Незавершені суїциди у чоловіків склали $21,1\% \pm 0,45$, а у жінок $9,4\% \pm 0,3$.

Суїцидальні думки і задуми виявлялися у хворих з аддикціями в одиничних випадках і в основному у чоловіків. Така форма, як



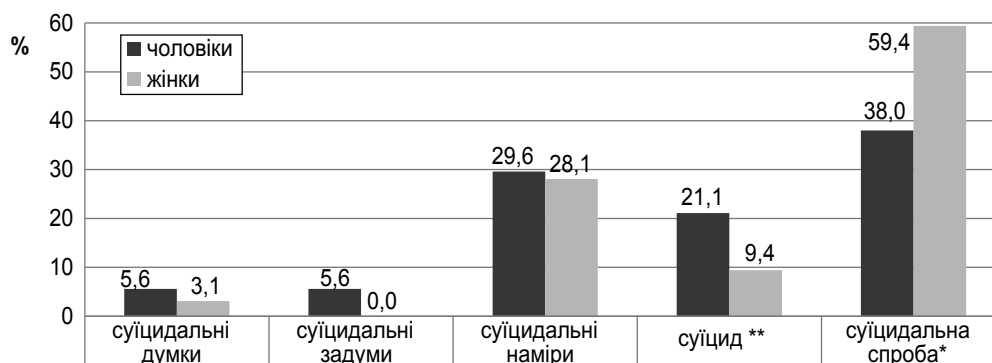
Мал. 1

Розподіл суїцидальної поведінки за діагнозом, з врахуванням статі 2006-2013 рр.



Мал. 2

Розподіл суїцидної поведінки за формами, з врахуванням статі (2006-2013рр.)



Мал. 3

Розподіл суїцидальної поведінки у хворих з адикціями за формами, з врахуванням статі (2006-2016 рр.)

суїцидальний задум у жінок нами взагалі не реєструвався.

Аналіз форм суїцидальної поведінки пацієнтів з адикціями показав значну перевагу форм, коли суїцидальна поведінка завершилася спробою, або знаходилася на стадії намірів, що передують здійсненню. Що може говорити про два аспекти даної проблеми:

1. Пацієнти з адикцією потрапляють в поле зору психіатрів тільки на етапі явних, видимих проявів суїцидальної поведінки.
2. Суїцидальна поведінка пацієнтів з адикцією частіше носить імпульсивний характер.

Якщо враховувати, що суїцидальні наміри можуть реалізовуватися у двох напрямках, суїциду та парасуїциду, а самі наміри мають зовнішні прояви, то можна сказати, що у понад 80% жінок і 50% чоловіків суїцидальна поведінка носить маніпулятивний характер і не несе смертельної загрози для пацієнта.

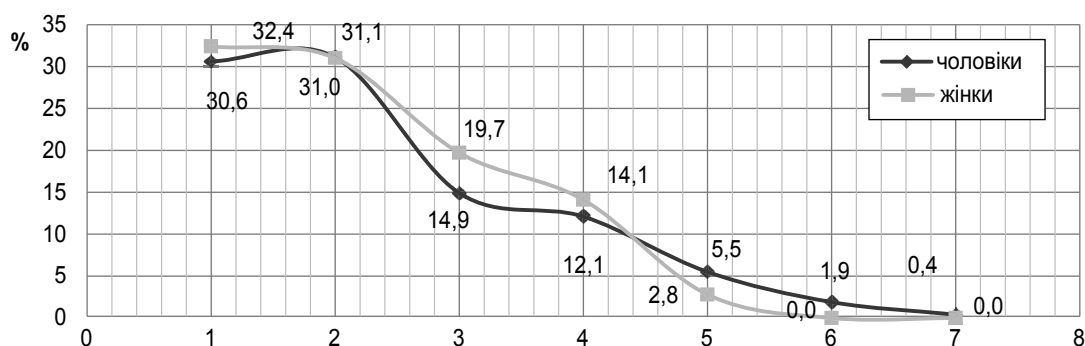
Віковий склад пацієнтів із залежністю від психоактивних речовин відрізняється від вікового складу всього масиву пацієнтів з суїцидальною поведінкою.

1. У чоловіків найбільш активні пацієнти у віці 18-29 років ($32,4\% \pm 0,56$) і 30-39 років ($31\% \pm 0,55$), як і в загальній масі пацієнтів ($30,6\%$

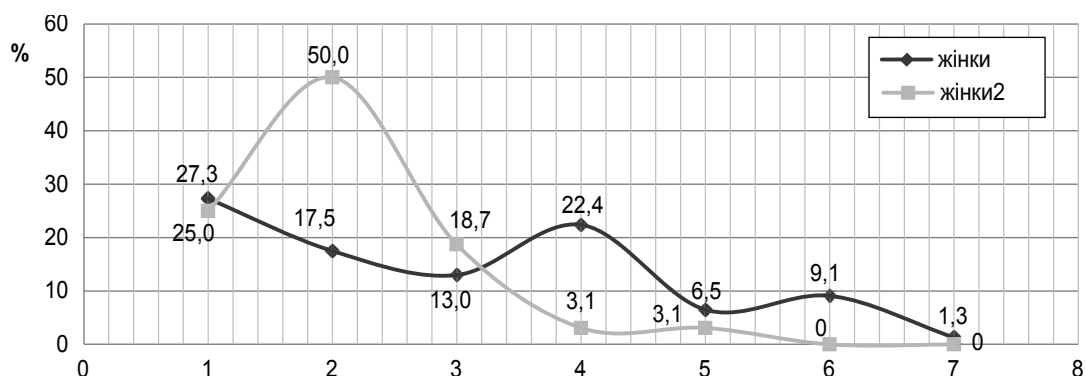
$\pm 0,61$ і $31,1\% \pm 0,68$ відповідно) [6], але в 60-69 років випадки суїцидальної активності поодинокі, а після 70 років взагалі не реєструвалися, що ймовірно пов'язано з більш низькою тривалістю життя цієї групи пацієнтів (рис. 4)

2. У жінок пік суїцидальної активності пацієнток з адикціями доводиться на 30-39 років ($50\% \pm 0,69$), і далі різко знижується, без другого піку активності в 50-59 років, як в загальній масі пацієнток, коли піки суїцидальної активності припадають на 20-29 років ($23,4\% \pm 0,28$) та 50-59 років ($24\% \pm 0,43$) [6]. Поодинокі рідкісні випадки суїцидальної активності реєструються в 50-69 років і нульовий показник у віці більше 70 років. (Рис. 5.)

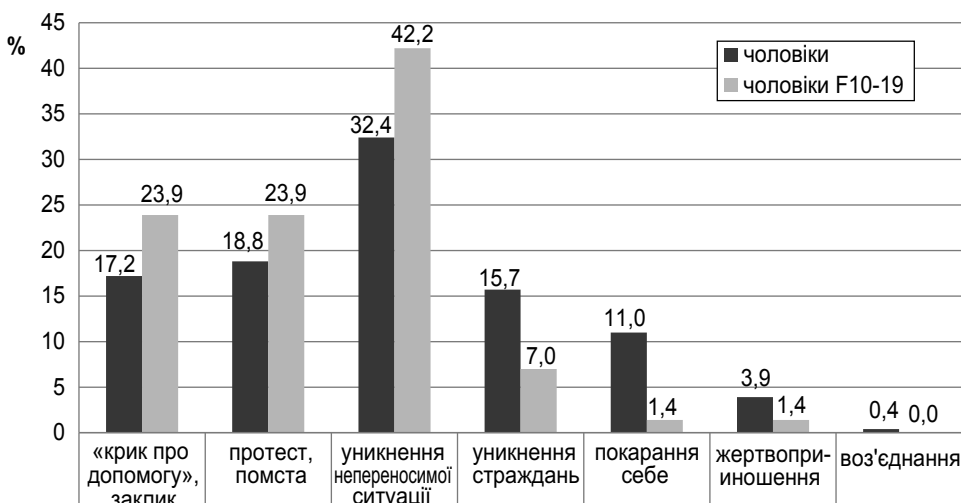
Структура питомої ваги мотивацій суїцидальної поведінки у чоловіків з адикціями (мал. 6) незначно відрізняється від структури мотивації сукупності всіх пацієнтів чоловіків, але при цьому питома вага таких мотивів як «уникнення нестерпної життєвої ситуації» (маніпуляції оточуючими) ($42,2\% \pm 0,64 > 32,4\% \pm 0,44$), «заклик» ($23,9\% \pm 0,48 > 17,2\% \pm 0,32$) та «протест» ($23,9\% \pm 0,48 > 18,8\% \pm 0,33$) вище, ніж у сукупності пацієнтів. Такі мотиви, як «покарання



Мал. 4
Розподіл суїцидальної поведінки у чоловіків за віком



Мал. 5
Розподіл суїцидальної поведінки у жінок за віком

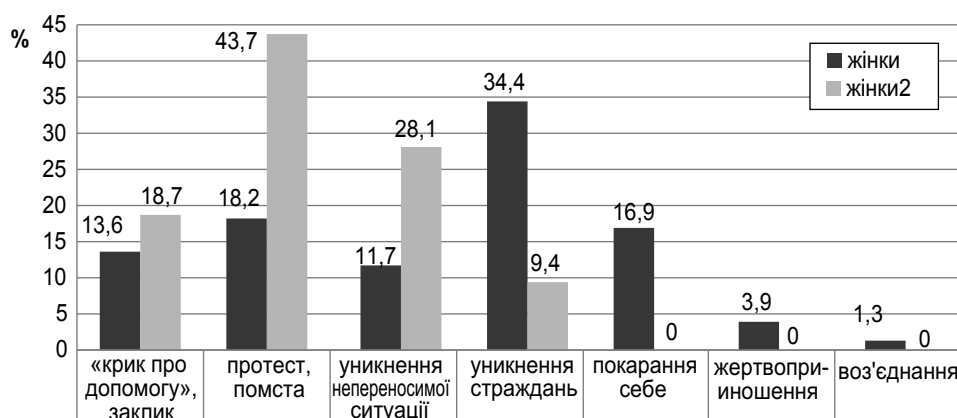


Мал. 6
Розподіл суїцидальних спроб у чоловіків з адикціями в залежності від мотивів

себе», «жертвопринесення» і «воз'єднання» практично не реєструвалися, мотив «уникнення страждань», більш ніж в два рази рідше зустрічається, ніж у сукупності пацієнтів $7\% \pm 0,26$ $<15,7\% \pm 0,3$).

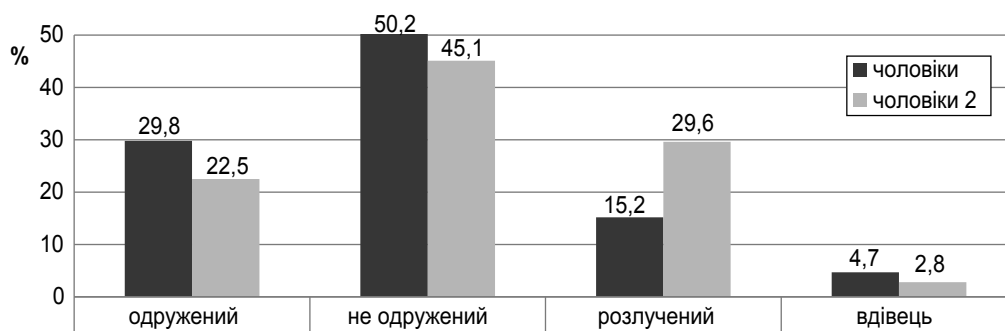
Структура питомої ваги мотивацій суїцидальної поведінки у жінок з адикціями значно відрізняється від структури мотивації сукупності пацієнок всіх нозологій, і від чоловіків (мал. 7). У жінок з адикціями домінуючим мотивом став

«протест» ($43,7\% \pm 0,65$) (як поведінка, спрямована на індукцію почуття провини у значимої людини), тоді як у чоловіків провідний мотив був спрямований на попередження неприємностей і маніпуляцію оточуючими (мал. 6). Протест вийшов на перше місце у пацієнок з адикціями ($43,7\% \pm 0,65$) на відміну від загального масиву пацієнок, у яких провідний мотив «уникнення страждань». На другому місці за частотою — мотив «уникнення нестерпної життєвої ситуації»



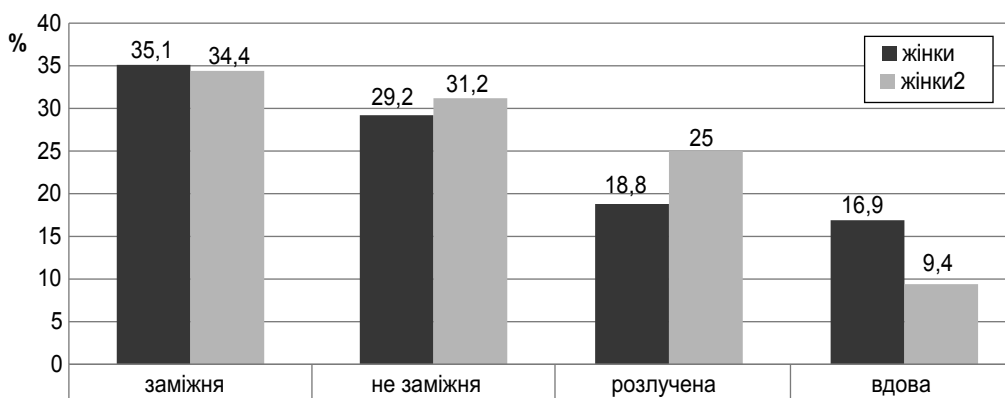
Мал. 7

Розподіл суїцидальних спроб у жінок з адикцією в залежності від мотиву



Мал. 8

Розподіл суїцидальної активності у чоловіків в залежності від сімейного стану



Мал. 9

Розподіл суїцидальної активності жінок в залежності від сімейного стану

(28,1% \pm 0,51), і на третьому «крик про допомогу» (18,7% \pm 0,42). Суїцидальна поведінка за мотивами «покарати себе», «жертвопринесення», «возз'єднання» у пацієток з адикціями не реєструвалася.

Аналіз суїцидальної поведінки пацієнтів із залежностями від психоактивних речовин показав, що частіше до нього вдаються розлучені незалежно від статі та жінки вдови.

В ході дослідження звернув на себе увагу ряд обставин:

1. 23,9% чоловіків і 6,2% жінок були судимі і відбували покарання в місцях позбавлення волі,

або мали судимих родичів з ближнього кола, і у цих пацієнтів в 54% випадків суїцидальна поведінка проявлялася у вигляді нанесення собі самопорізів передпліч, тулуба і шиї.

2. Тільки у 2,9% пацієнтів із залежностями суїцидальна поведінка не була пов'язана з вживанням психоактивних речовин. У інших пацієнтів суїцидальна поведінка відбувалася в стані сп'яніння у 81,9% і у 18,1% — в стані абстиненції.
3. Всі випадки суїцидальної поведінки у пацієнтів з опійною наркоманією, які спостерігалися нами, відбувалися в стані абстиненції

і носили маніпулятивний характер з метою отримання «доз».

4. У 8,8% випадків суїцидальна поведінка у пацієнтів спостерігалася в анамнезі, і у 38% з них більш ніж два рази.
5. З 46 випадків парасуїцидального типу поведінки 44 випадки (95,6%) були самопорізи передпліч, тулуба, обличчя та шиї, з яких 2 випадки поєднувалися з прийомом суміші медикаментів у свідомо малій дозі, і по одному випадку самопридушення (шторою) і стрибок з вікна (2 поверх).
6. З 18 випадків незавершених суїцидів 12 (66,6%) випадків самоповішення, по 2 (11,1%) випадки отруєння високими дозами медикаментів і ведення в вену токсичної речовини, по одному випадку (5,55%) самопідпалу і стрибок під потяг.

Висновки

1. Питома вага пацієнтів із залежністю від алкоголю становить $18,4\% \pm 0,33$ серед чоловіків і $12,3\% \pm 0,20$ у жінок, від загальної маси пацієнтів з суїцидальною поведінкою.
2. Провідною формою суїцидальної поведінки у пацієнтів з залежностями від

психоактивних речовин є суїцидальна спроба (парасуїцид) у чоловіків $38\% \pm 0,61$, і $59,4\% \pm 0,75$ у жінок.

3. Пацієнти з аддикцією потрапляють в поле зору психіатрів тільки на етапі явних, видимих проявів суїцидальної поведінки.
4. Суїцидальна поведінка пацієнтів з аддикціями більше 80% у жінок і 50% чоловіків носить маніпулятивний характер і не несе смертельної загрози для пацієнта.
5. Максимальна суїцидальна активність у чоловіків припадає на вікові періоди 18-29 ($32,4\% \pm 0,56$) років і 30-39 років ($31\% \pm 0,55$), а у жінок $50\% \pm 0,55$ на 30-39 років.
6. Провідним мотивом суїцидальної поведінки у чоловіків є «уникнення нестерпної життєвої ситуації» $42,2\% \pm 0,64$, а у жінок «протест, помста» $43,7\% \pm 0,65$.
7. Суїцидальна поведінка пацієнтів з хімічними аддикціями, тим чи іншим чином, пов'язана з вживанням психоактивної речовини (відбувалася в стані сп'яніння у 81,9% і у 18,1% в стані абстиненції), і має на меті маніпуляцію оточуючими (більше 80% у жінок і 50% чоловіків).

Література

1. Амбрумова А. Г. Психология самоубийства // Социальная и клиническая психиатрия. — 1996. — Т. 6 — №4. — С. 14-20.
2. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Диагностика суицидального поведения. // Методические рекомендации. — М., 1980. — 48 с.
3. Бачериков А.М., Матузок Е.Г., Харіна К.В., Сітенко Л.М., Горбунов О.В., Кись А.В. Завершені суїцид альні спроби, здійснені в стані алкогольного сп'яніння. / Український вісник психоневрології. — 2006. — Т. 14 — № 2 — С.41-45.
4. Бачериков А. М., Кузьмінов В. Н., Ткаченко Т. В. Механізми формування суїцидальної поведінки у хворих на залежність від алкоголю // Український вісник психоневрології. — 2007. — Т. 15, вип. 1 (54). — С. 69.
5. Будьонний П.В. Взаємозв'язок суїцидальної поведінки з сезонно-місячними та добовими циклами у населення, яке проживає у депресивному промисловому регіоні/ Український вісник психоневрології. — 2016. — Т. 24, вип. 4(89) — С.43-46.
6. Будьонний П.В. Особливості суїцидальної поведінки осіб які мешкають у депресивному промисловому регіоні м.Лисичанськ (2006-2013 рр.) / Архів психіатрії. 2016. — Т.22,3 (86) — С. 28 — 32.
7. Лапач С.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel/ С.Н. Лапач, А.В. Чубенко, П.Н. Бабич. — К.: Моріон, 2000 — 320 с.
8. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман; пер. Е. Ройне. — М.: Смысл, 2005. — 310 с.
9. Руженков В.А., Руженкова В.В., Боева А.В. Концепция суицидального поведения / Суицидология. — 2012. — №4. — С. 52-57.
10. Юрьева Л.Н. Клиническая суицидология: Монография. — Днепропетровск: Пороги, 2006. — 472 с.

УДК 616.89:616.831]-072/.073

Нейровизуализация в психиатрии (обзор литературы)

Гончар А.А., Уралова Л.Т.

Национальная медицинская академия последипломного образования им. П.Л.Шупика

Резюме. Представлен обзор современных методов лучевой диагностики, таких, как нейросонография, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ядерная медицина (позитронная эмиссионная томография, однофотонная томография); информация об их физических основах, лучевые исследования в психиатрической практике.

Ключевые слова: лучевая диагностика, ультразвуковое исследование, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, ядерная медицина, психические расстройства.

Neuroimaging in psychiatry

Gonchar A.A., Uralova L.T.

Resume. The paper is a review of the modern radiodiagnosis methods such as the neurosonography, computed tomography, magnetic resonance tomography, nuclear medicine (positron emission tomography, single photon emission computed tomography); it presents information on the physical foundations of the said methods, reviews radio methods in the clinical psychiatric practice.

Key words: radiodiagnosis, ultrasound investigation, computed tomography, magnetic resonance tomography, nuclear medicine, mental disorders.

Вступление

Большинство психических расстройств искажают клинику соматических заболеваний, соматическая патология может быть причиной самих психических болезней, она также может выступать как осложнение терапии. Органический фон может усугублять симптоматику психической патологии, а перинатальные мозговые сосудистые поражения могут служить прогностическим критерием выявления психических расстройств. При атрофических процессах скорость их возникновения иногда носит катастрофический характер. В этой связи применение методов лучевой диагностики целесообразно.

Цель: повысить качество клинической практики в психиатрии.

Методы исследования

Ультразвуковые методы исследования

Ультразвуковое исследование — неинвазивный метод диагностической визуализации, который основывается на регистрации и компьютерном анализе ультразвуковых волн, отраженных от биологических структур. Во время ультразвукового исследования для получения поперечных изображений какой-либо части тела применяют ультразвук высокой частоты. Метод состоит в возможности получения фокусированного луча ультразвуковых колебаний с частотой 1-25 МГц, введения его в исследуемое вещество через акустическое окно и регистрации части ультразвуковых волн, отраженных от границ раздела между средами с разными физическими (акустическими) особенностями.

Ультразвуковой метод идентификации срединных структур мозга (А-метод) впервые был использован Leksell L., 1956. В-метод ультразвукового сканирования с визуализацией структур мозга по оттенкам серой шкалы был использован в конце семидесятых годов. Однако с восьмидесятых годов стало доступным получение ультразвукового изображения структур головного мозга в реальном времени с использованием переднего родничка, как акустического окна для неонатальных исследований, значительно вытеснив компьютерную томографию. Нейросонография остается основным методом нейрорадиологической диагностики заболеваний у недоношенных новорожденных детей, поскольку имеет неоспоримые преимущества: портативность аппаратов, что позволяет выполнять обследования детей в ограниченном пространстве, отсутствие ионизирующей радиации, возможность многоплоскостного исследования и количественной оценки кровотока при относительно невысокой стоимости.

Компьютерная томография

В методике СТ (компьютерная томография) с помощью компьютерной обработки множества рентгеновских изображений объекта, снятых с различных ракурсов, строится его трехмерная цифровая модель, что позволяет получать поперечные (томографические) сечения определенных областей, не производя реального разреза. Большое количество двумерных радиографических изображений получается, когда источник рентгеновского излучения движется вокруг фиксированной оси вращения. Внутренние структуры детектируются на основе их свойства в той или иной степени блокировать рентгеновские

лучи. Наиболее четкую тень отбрасывают кости и другие обызвествленные образования, менее четкую — вода и содержащие воду ткани, далее идут жировые отложения, воздух практически прозрачен для лучей. Для получения изображения системы кровеносных сосудов в кровь могут вводить йодсодержащую жидкость (непрозрачную для рентгеновских лучей). Непрозрачными путем введения йода можно также сделать содержащие спинномозговую жидкость полости желудочков внутри мозга.

В общем случае сканирование головы проводится для обнаружения повреждений, опухолей, обызвествленных участков, кровоизлияний и последствий травм костной ткани. Из всего перечисленного выше затемненные области могут указывать на эдему или повреждение, светлые — на обызвествление и кровоизлияние. Опухоли идентифицируются по анатомическим искажениям или по окружающей их эдеме.

Методика СТ широко распространена и дает значительные преимущества по сравнению с традиционной рентгенографией и другими диагностическими методами. Из недостатков при применении следует отметить опасность повышенной дозы облучения, побочные эффекты от применения радиоcontrastных агентов.

Кроме того, как средство структурного обследования метод СТ не позволяет проводить четкую дифференциацию тканей обследуемого объекта (например, четко различить при визуализации области белого и серого вещества мозга). Все эти недостатки снимаются в методике магнитно-резонансной томографии.

Магнитно-резонансная томография

В методике MRI (Magnetic Resonance Imaging — Магнитно-резонансная томография) для получения структурных изображений определенных органов используются сильные магнитные поля, радиоволны и градиенты магнитного поля. В основе MRI лежит физическое явление ядерного магнитного резонанса (ЯМР). В клинических и исследовательских установках MRI атомы водорода тканей, возбуждаемые радиочастотой, становятся источником вторичного сигнала, принимаемого антеннами, расположенными вблизи исследуемого органа. На основании принятого сигнала компьютер строит трехмерную цифровую модель объекта. Атомы водорода в изобилии содержатся в тканях людей и других биологических организмов, в особенности в воде и жире. Поэтому MRI позволяет исследовать именно «мягкие» ткани (в отличие от СТ). Радиоимпульсы вызывают энергетические переходы, меняющие ориентацию спина ядра атома водорода относительно постоянной составляющей магнитного поля, а градиентная составляющая позволяет добиться

хорошей локализации источника сигнала. Наличие изменяющегося в пространстве магнитного поля является ключевым для методики.

Именно этот компонент обеспечивает высокое пространственное разрешение результатов.

Высокая четкость MRI-изображений в основном является результатом различия ядерных магнитных свойств атомов H^1 , в частности времен релаксации, в различных областях мозга. Варьируя параметрами импульсной последовательности, можно добиться хорошего контраста между тканями различного типа на изображении. Основными характеристиками здесь являются времена решеточной и спин-спиновой релаксации ядерных спинов T1 и T2, определяющиеся локальными характеристиками ткани. Так, в силу различного состава эти времена сильно отличаются для белого и серого вещества мозга. Управляя намагничиванием и размагничиванием ядер, оператор может добиться четкого изображения нужных структур. К таким структурам могут относиться малые кровеносные сосуды, кластеры нейронов в центре мозга или в спинном мозге и т.д. Разрешение изображения при этом может достигать долей миллиметра.

К достоинствам MRI можно отнести неинвазивность, отсутствие ионизирующих излучений, высокую разрешающую способность изображений. Недостатки связаны в основном с использованием очень сильных постоянных магнитных полей. В первую очередь это акустический шум, нагревание, громоздкость установки. Кроме того, сигнал может быть искажен, если у пациента имеются содержащие металл имплантаты или протезы.

Функциональный метод MRI (fMRI) позволяет использовать магнитно-резонансную томографию не только для структурных, но и для функциональных исследований, когда необходимо зафиксировать изменения в мозге, вызванные нейронной активностью. В основе метода лежит предположение о локальной связи между кровотоком и нейронной активностью в мозге. При активации определенных областей увеличивается также и связанный с ними кровоток (связь между гемодинамикой и нейронной активностью).

При использовании данного метода измеряется так называемый зависящий от уровня кислорода в крови (blood-oxygen-level-dependent - BOLD) сигнал. Непосредственно эффект обусловлен тем, что дезоксигенированный гемоглобин (dHb) парамагнитен, тогда как оксигенированный (Hb) — диамагнитен. Диамагнитная среда в меньшей степени искажает MRI сигнал. Разница между двумя средами может быть зарегистрирована датчиками, что позволяет воссоздать в компьютере с помощью достаточно сложного

статистического анализа объемную картину активности определенных областей мозга.

В настоящее время метод fMRI востребован больше в академической сфере, чем в клинической практике. Организация сканирования в случае пациентов с патологией мозга сложнее, чем в случае волонтеров, принимающих участие в исследовании. Кроме того, присутствие в мозге опухолей и повреждений приводит к возмущениям кровотока, не связанным непосредственно с нейронной активностью. Тем не менее, метод использовался в клинике для отображения функциональных областей, проверки асимметрии левой / правой частей мозга в том, что касается областей, связанных с языком и памятью. Метод позволяет обнаруживать нейронные корреляты эпилептических припадков, проверять, как мозг восстанавливается после кровоизлияния, тестировать эффект медикаментозной или бихевиористской терапии, регистрировать начало болезни Альцгеймера, также он находит применение в случае расстройств подобных депрессии. Отображение функциональных областей и понимание латерализации языка и памяти помогает нейрохирургу избежать удаления критических участков мозга, когда им приходится проводить операции на мозге.

К модификациям метода MRI, получившим в последнее время широкое распространение в академии и также нашедшим применение в клинической практике, в особенности при диагностике и лечении деменций относятся также

- Диффузионная тензорная визуализация (DTI);
- Перфузионно-взвешенная визуализация (PWI);
- Магнитно-резонансная спектроскопия (MRS).

Ядерная медицина (ЯМ)

К методам ядерной медицины относятся PET (PositronEmissionTomography) и SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography). PET-методики позволяют работать с биохимическими и метаболическими изменениями на молекулярном уровне. В отличие от методик КТ и стандартного MRI, PET-изображения представляют не анатомическую структуру ткани, а циркуляцию, функции и метаболизм.

С целью сканирования в тело пациента вводится короткоживущий изотопный индикатор (обычно в кровоток). Сам индикатор переносится биологически активной молекулой. Существует время ожидания, пока в ткани не возникнет достаточная концентрация индикатора. Типичная молекула-носитель — фтордезоксиглюкоза (FDG). Время жидания для нее — порядка одного часа. Возможно также использование молекул, которые связываются с рецепторами, а

в общем случае любого биологического агента, который можно пометить PET-изотопом.

В ткани нестабильный изотопный индикатор распадается, испуская позитрон. В свою очередь позитрон может пройти расстояние до нескольких миллиметров, после чего он аннигилирует с электроном (Путь, пройденный позитроном до аннигиляции, определяет пространственную разрешающую способность методики, которая в общем случае ниже, чем у MRI методик). Два результирующих гамма кванта движутся в противоположных направлениях и регистрируются сложным силиконовым детектором. Важно именно одновременное детектирование пары квантов, кванты, которые обнаруживаются не парами (т.е., внутри промежутка, не превышающего нескольких наносекунд), игнорируются системой.

В результате сложной компьютерной обработки строится карта радиоактивности как функции положения элементарного объема (воксела). Тем самым определяется положение тканей, в которых произошла концентрация индикатора, что в дальнейшем может быть проинтерпретировано специалистом.

В случае SPECT речь идет об использовании в качестве индикатора нестабильного изотопа с недостающим нейтроном. При захвате свободного электрона один из протонов ядра превращается в нейтрон, испуская единичный гамма квант, регистрируемый системой. В общем случае методика PET по сравнению с методом SPECT дает более высокое пространственное разрешение и лучшую чувствительность.

Все чаще PET-сканы получают совместно с СТ- или MRT-сканами, объединяя информацию о структуре и о функции на одном изображении. Современные СТ-приборы включают высококачественные СТ-сканеры.

В качестве индикаторов применяются изотопы с коротким периодом полураспада, такие как C^{11} (~20 минут), N^{13} (~10 минут), O^{15} (~2 минуты), F^{18} (~110 минут). Существенный недостаток метода состоит в том, что в случае короткоживущих индикаторов (напр., O^{15}) рядом со сканером должен находиться источник радионуклидов — циклотрон или радиохимическая лаборатория.

В нейровизуализации с помощью PET оценивают региональную перфузию мозга, степень извлечения кислорода, потребление кислорода, объем поступающей крови. Дело усложняется тем, что измерения потока крови требуют использования короткоживущего изотопа кислорода. С другой стороны, PET дает количественный результат, что является преимуществом по сравнению с методом fMRT, где получаемый BOLD-сигнал не имеет абсолютной интерпретации.

На практике мозг интенсивно потребляет глюкозу, и патологии мозга, подобные болезни Альцгеймера, приводят к значительному ослаблению метаболизма одновременно и глюкозы, и кислорода. Поэтому более легко реализуемый стандартный FDG-PET анализ мозга, измеряющий локальное потребление глюкозы, может быть успешно использован для диагностирования болезни Альцгеймера на фоне других деменций. Также PET-визуализация с помощью FDG используется при определении положения центров развития припадка при эпилепсии. В период между припадками такие центры находятся в состоянии пониженного метаболизма, тогда как во время припадка они характеризуются повышенным метаболизмом. Более стабильные F^{18} изотопы также применяются при нейровизуализации мозга новорожденных.

Клинические диагностические проблемы, решаемые с помощью методов нейровизуализации

Врожденная патология. МРТ эффективна при всех видах пороков развития. При аномалиях костей черепа может быть дополнена КТ. Младенцы и дети нуждаются в седации или общей анестезии. **Нейросонография** выявляет геморрагические, гипоксическо-ишемические, церебрососудистые поражения мозга у новорожденных и детей грудного возраста.

Острый инсульт. КТ для большинства инсультов должна быть проведена как можно раньше, но не позднее 48 часов, что обеспечит полную диагностику причины, локализацию, а также проведение соответствующего первичного лечения и вторичной профилактики. МРТ (ЯМ) предпочтительна у молодых пациентов, а также у поздно обратившихся пациентов, когда необходимо знать, имелось ли кровоизлияние первично, а также при подозрении на инсульт в задней черепной ямке.

Транзиторная ишемическая атака (ТИА). КТ может быть нормальной. Обнаруживает инфаркт или кровоизлияние и исключает патологию, имитирующую инсульт — глиому, экстрацеребральные кровоизлияния. МРТ и ЯМ могут применяться для определения функции.

Демиелинизация и другие заболевания белого вещества головного мозга. МРТ специфична и чувствительна в диагностике рассеянного склероза. Диагноз ставится на основании визуализации и диссеминации очагов при изменении клинического течения заболевания и числа очагов во времени в объеме мозговой ткани.

Объемное образование. МРТ более чувствительна при ранней диагностике опухолей, для определения точного расположения (полезно для хирургии) и при поражениях задней

черепной ямки. При МРТ может быть пропущена кальцификация.

При супратенториальных поражениях часто бывает достаточно КТ.

Головная боль: острая, сильная, субарахноидальное кровоизлияние (САК). Очень важно знание клинического развития заболевания. Клиницист должен точно диагностировать классические мигренозные и кластерные головные боли без КТ. Типично головная боль при САК развивается в течение нескольких секунд, реже минут и, практически, никогда более 5 минут. В 98% случаев САК КТ обнаруживает кровоизлияние, если исследование проведено на современном аппарате в течение первых 48 часов после приступа. Люмбальная пункция (с отсрочкой на 12 часов после начала для определения ксантохромии) проводится всем пациентам с подозрением на САК при негативной КТ. КТ показана пациентам с приступом головной боли при наличии очаговой неврологической симптоматики с тошнотой, рвотой или при оценке состояния ниже 14 баллов по шкале Глазго.

МРТ превосходит КТ при воспалительных процессах. ЯМ может быть наиболее чувствительным исследованием при энцефалитах и может выявить нарушение циркуляции при мигрени.

Головная боль хроническая. При отсутствии очаговой неврологической симптоматики КТ или МРТ обычно не нужны. Признаки, которые делают необходимым проведение КТ или МРТ:

- недавно возникшая усиливающаяся головная боль;
- головная боль, служащая причиной пробуждения;
- головная боль в сочетании с нарушением чувствительности, координации, головокружением;

Рентгенография малоэффективна при отсутствии очаговой симптоматики.

Деменция в сочетании с нарушением памяти, первичные психозы. Информативность КТ низкая даже у молодых пациентов, при наличии неврологической симптоматики и быстром прогрессировании повышается. У пациентов старше 65 лет КТ может использоваться при первом эпизоде болезни или при его атипичном течении, в случае быстрого необъяснимого ухудшения, появления необъяснимых неврологических симптомов, недавней ЧМТ (перед эпизодом деменции), а также при недержании мочи и атаксической походке.

Более сложные исследования, такие как МРТ и ОФЭКТ не доказали своей клинической ценности; могут использоваться в научных исследованиях.

Литература

1. Гончар О.А. Променева діагностика мозковосудинних уражень у новонароджених і дітей грудного віку. Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. 35 стр. Київ, 1999.
2. Gonchar T.O., Gonchar O.A., Uralova L.T. Prognostic aspects of perinatal cerebrovascular lesions. Georgian Respiratory Journal. Vol 12, No. 2, p. 129-132, 2016.
3. DenisLeBiham. Lookinginsidethebrain. The power of neuroimaging. - Princeton University Press, Princeton, New Jersey - 2015, 168 p.
4. Chiara Nosarti et al. (Eds.) Neurodevelopmental outcomes of preterm birth - Cambridge University Press, 2010, 277 p.
5. Cyntia H. Y. Fu. et al. (Eds.) Neuroimaging in Psychiatry. Martin Dunitz, 2003, 288 p.
6. Martha E. Shenton and Bruce L. Turetsky (Eds.) Understanding Neuropsychiatric Disorders. Insights from Neuroimaging. Cambridge University Press, 2011, 575 p.
7. Natalia Zakharova et al. Neuroimaging of traumatic brain injury. Springer International Publishing Switzerland, 2014, 159 p.
8. BirendaKihore Das (Ed.) Positron Emission Tomography. A guide for clinicians. Springer India, 2015, 192 p.
9. Frederik Barkhof et al. Neuroimaging in Dementia. Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 2011, 278 p.

Вплив самостигматизації на соціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію

Дзеружинська Н.О.¹, Ломтєва В.О.².

¹ Національний медичний університет ім. О.О.Богомольця

² ТМО "Психіатрія" у місті Києві

Резюме. В роботі досліджено порушення в соціальному функціонуванні больних параноїдною шизофренією в залежності від варіанта самостигматизації. При умови інформованого згоди в дослідженні прийняли участь 109 пацієнтів (69 чоловіків і 40 жінок) з параноїдною шизофренією, які перебували на лікуванні в ТМО "Психіатрія" в місті Києві. Дослідження проводилося з допомогою шкали позитивних і негативних синдромів PANSS, опросника соціального функціонування і якості життя психічно хворих Гурович І.Я., Шмуклер А.Б. (1998), опросника самостигматизації (Михайлова І.І., Енікополов С.Н., Ястребов В.С. (2002)). Обробка результатів проводилася з допомогою статистичного методу з використанням програми SPSS statistics 20.0. Отримані дані свідчать про більш виражені порушення в соціальному функціонуванні больних параноїдною шизофренією при наявності самостигматизації. У пацієнтів з самостигматизацією нижче оцінка стану психічного здоров'я ($p=0,0001$), менше денна активність, уже круг об'єкції. Крім того, визначені найбільш уразливі зв'язки в залежності від варіанта самостигматизації: гірше оцінка стану здоров'я ($p=0,0001$) і задоволеність їм ($p=0,021$), своєю продуктивністю ($p=0,026$), а також нижчі показники денної активності у пацієнтів з інтра-рестриктивним варіантом, гірше сімейні стосунки, більше кількість розведених ($p=0,033$) і осіб екстра-рестриктивної групи і поєднання цих порушень у больних змішано-рестриктивної групи. В той же час для пацієнтів з рестриктивним варіантом характерно більш легкомислене ставлення до хвороби, ухилення від прийому лікування. Отримані дані слід враховувати при розробці реабілітаційних заходів для покращення медико-соціальної допомоги больним параноїдною шизофренією.

Ключові слова: параноїдна шизофренія, соціальне функціонування і якість життя, самостигматизація, реабілітація.

The influence of self-stigmatization to the social functioning of patients with paranoid schizophrenia

Dzeruzhinskaya N, Lomtseva V.

Resume. There are studied the disorders in the social functioning of patients with paranoid schizophrenia, depending on the version of self-stigmatization.

With informed consent, 109 patients (69 men and 40 women) with paranoid schizophrenia who were on treatment at the TMO "Psychiatry" in Kiev took part in the study. The study was carried out using positive and negative syndromes scale (PANSS), a questionnaire of social functioning and the quality of life of mentally ill Gurovich IYa, Shmukler AB (1998), self-stigmatization questionnaire (Mikhailova II, Enikoplov SN, Yastrebov VS (2002)). The results were processed using a statistical program SPSS statistics, version 20.0. The results show more pronounced disorders in the social functioning of patients with paranoid schizophrenia with a self-stigmatization. The patients with self-stigmatization have a lower mental health rating ($p = 0.0001$), lower daily activity, and the circle of communication. In addition, the most vulnerable links are identified depending on the self-stigmatization option: a worse health rating ($p = 0.0001$) and satisfaction with it ($p = 0.021$), its productivity ($p = 0.026$) and lower daily activity in patients with an intra-restrictive variant, worse family relationships, a greater number of divorced ($p = 0.033$) in individuals of the extra-restrictive variant and a combination of these disorders in patients with a mixed-restrictive variant. At the same time, patients with a-restrictive variant are characterized by a more frivolous attitude toward the disease, evasion of treatment. The obtained data should be taken into account when developing rehabilitation measures to improve medical and social care for patients with paranoid schizophrenia.

Key words: paranoid schizophrenia, social functioning and quality of life, self-stigmatization, rehabilitation.

Наявність хронічного психічного розладу закономірно призводить до змін в існуванні людини, які пов'язані як з самими симптомами хвороби, так і подальшою адаптацією до нових умов життя, спричинених наслідками захворювання. Отже, сам термін «хронічний» свідчить про те, що це назавжди, і це треба враховувати, з ним треба якось жити. Один з основних хронічних психічних розладів, що призводить до значної соціальної дезадаптації є шизофренія. Це захворювання призводить до значних змін в організмі людини, результатом яких є втрата працездатності і інвалідизація в молодому віці. Крім клінічних проявів хвороби є й інша проблема — це сприйняття пацієнтом самого себе як хворого і статусу психічно хворого в суспільстві — самостигматизація [1]. Протягом останніх десятиріч питанню самостигматизації присвячено багато

наукових робіт, що свідчить про невирішеність цього питання [2-10]. Поряд з цим є невивченням соціальне функціонування несамостигматизованих пацієнтів для більш досконалого розуміння впливу самостигматизації на існування хворих та розробки диференційованих реабілітаційних заходів.

Метою роботи було визначення наявності самостигматизації та її видів, а також вивчення їх впливу на соціальне функціонування хворих на параноїдну шизофренію.

Матеріали і методи

За умови інформованої згоди у дослідженні взяли участь 109 хворих на параноїдну шизофренію (69 чоловіків і 40 жінок) у віці 18-64 роки на 10-15й день (стадія нестійкої ремісії)

стаціонарного лікування в ТМО «Психіатрія» у місті Києві. Дослідження виконувалось за допомогою клініко-психопатологічного (з використанням шкали позитивних і негативних синдромів PANSS (1987)) і психодіагностичного (опитувальник соціального функціонування та якості життя психічно хворих (Гурович І.Я., Шмуклер О.Б. (1998)), опитувальника само-стигматизації (Михайлова І.І., Єнікополов С.М., Ястребов В.С. (2002)) методів. Обробка результатів здійснювалась за допомогою статистичного методу з використанням програми SPSS statistics 20,0.

За допомогою опитувальника самостигматизації було виділено 4 варіанти реакції пацієнта на хворобу: нестигматизований (арестриктивний) і стигматизовані — інтрарестриктивний, екстрарестриктивний і змішанорестриктивний.

До арестриктивного варіанту були віднесені хворі, які не пов'язували негативні зміни у своєму житті із захворюванням та не очікували їх в майбутньому, або заперечували у себе наявність психічного захворювання і не очікували на негативні зміни через хворобу у своєму існуванні та не помічали їх зараз.

До інтрарестриктивного варіанту увійшли особи, які перебільшували вплив хвороби на стан здоров'я та обмежували себе через хворобу.

До екстрарестриктивного варіанту були віднесені хворі, які вважали, що через хворобу ставлення до них оточуючих буде негативним, їх свободу будуть обмежувати, уникати контактів з ними.

До змішанорестриктивного варіанту увійшли пацієнти, у яких були поєднані судження інтра- та екстрарестриктивного варіанту.

Пацієнтам було проведено дослідження клініко-психопатологічних особливостей, рівня соціального функціонування і якості життя залежно від варіанту самостигматизації.

У структурі захворювання у всіх досліджених хворих переважала галюцинаторно-параноїдна і параноїдна симптоматика — 96 (88,1%). Така перевага зберігалась і при розподілі за варіантами самостигматизації: при арестриктивному варіанті — у 17 (80,7%) хворих, при інтрарестриктивному — у 34 (92,0%), при екстрарестриктивному — у 24 (92,3%) і при змішанорестриктивному — у 21 (84,0%) особи. Отже, ця симптоматика переважає при параноїдній шизофренії та є основною причиною госпіталізації в стаціонар. Аналізуючи співвідношення галюцинаторно-параноїдної і параноїдної симптоматики за групами самостигматизації виявились такі розбіжності: достовірно ($p=0,0007$) найбільша частка пацієнтів з галюцинаторно-параноїдною симптоматикою (78,4%) перебувала у групі з інтрарестриктивним варіантом, найменша — з арестриктивним

(33,3%). Достовірною ($p=0,014$) була також різниця між кількістю хворих з галюцинаторно-параноїдною симптоматикою в арестриктивній (33,3%) і екстрарестриктивній групі (69,2%). Водночас параноїдна симптоматика достовірно ($p=0,004$) частіше спостерігалась у групі з арестриктивним варіантом (47,6%), найменше — з інтрарестриктивним (13,5%) варіантом.

Маніоформно-параноїдна симптоматика мала тенденцію до переважання у групі з арестриктивним варіантом (19,1%). Це свідчить про наявність частки хворих в цій групі, які безтурботно ставляться до своєї хвороби, не отримують підтримуюче лікування та недооцінюють негативні наслідки неліковної шизофренії. Таким чином, маніакальний афект часто є причиною анозогнозії. В порівнянні з цією групою в інтрарестриктивній групі було достовірно менше ($p=0,033$) хворих з маніоформно-параноїдною симптоматикою (2,7%).

Суттєві зміни відбувалися в реакції досліджуваних на хворобу залежно від тривалості захворювання. В цілому ризик випадків самостигматизації збільшується в 5 разів, із збільшенням тривалості шизофренії понад 5 років. При оцінюванні ризику розвитку різних видів самостигматизації шанси виникнення інтрарестриктивного варіанту збільшуються в 3,9 рази, екстрарестриктивного — в 4,7, а найбільший ризик має змішанорестриктивний варіант — у 14,8 разів при збільшенні тривалості шизофренії понад 5 років.

При аналізі особливостей користування амбулаторною допомогою хворими на параноїдну шизофренію з різними варіантами самостигматизації були виявлені наступні результати: лише третина хворих (36,7%) відвідувала диспансер регулярно (5 і більше разів на рік), значна частина пацієнтів (22,9%) взагалі не зверталась в диспансер, решта рідко відвідувала ПНД. Як правило, метою звернення до диспансеру в більшості випадків було отримання лікування або рецепту у 55 (50,4%) осіб ($p=0,014$). Цікавим виявився факт, що в інтрарестриктивній групі статистично значимо більше хворих відвідували диспансер більше трьох разів на рік — 22 (59,5%), ($p=0,023$), тобто для них було характерне більш регулярне амбулаторне спостереження. У арестриктивній групі пацієнти практично не звертались по допомогу у ПНД або звертались 1-2 рази на рік — 15 (71,5%) осіб, їх було значно більше, ніж в інтрарестриктивній групі — 14 (37,8%) ($p=0,01$). Щодо прийому підтримуючого лікування, виявилось значно краще дотримання режиму терапії у самостигматизованих хворих, серед яких найбільшу частину становили пацієнти змішанорестриктивної групи 14 (56,0%), які приймали медикаменти постійно. Відмова від

підтримуючої терапії достовірно більше була при арестриктивному варіанті — 8 (38,1%), ніж при екстрарестриктивному ($p=0,036$), змішанорестриктивному ($p=0,015$) та найбільша достовірна різниця була з інтрарестриктивним варіантом ($p=0,005$). Таким чином призначення пролонгованих форм підтримуючого лікування є оптимальним для хворих з арестриктивним варіантом.

Частіше госпіталізувались у стаціонар хворі із самостигматизацією ($p=0,037$). Водночас, як показало дослідження, мало хто з пацієнтів відвідував денний стаціонар. 75 (68,8%) осіб не відвідували його зовсім, 12 (11,0%) отримували лікування в денному стаціонарі 1-2 рази на п'ять років, 10 (9,2%) — 3-4 рази і тільки 10 (9,2%) — 5 і більше разів. Велика частка опитуваних не мала уяви про існування такої форми допомоги. Це свідчить про недостатню поінформованість пацієнтів щодо можливих форм отримання амбулаторної допомоги.

При оцінюванні якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я та задоволеності ним, спостерігалось погіршення показників у самостигматизованих хворих в порівнянні з несамостигматизованими (табл. 1).

Таблиця 1

Оцінка якості життя, пов'язаної зі станом здоров'я при різних варіантах самостигматизації

Критерії оцінювання	Варіанти самостигматизації, n (%)				
	Арестриктивний (n=21)	Інтрарестриктивний (n=37)	Екстрарестриктивний (n=26)	Змішанорестриктивний (n=25)	В цілому (n=109)
Задоволеність життям	15 (71,4)	25 (67,6)	20 (76,9)	19 (76,0)	79 (72,5)
p		0,758	0,671	0,727	0,906
Добра оцінка психічного стану	21 (100)	24 (64,9)	22 (84,6)	18 (72,0)	85 (78,0)
p		0,0001	0,034	0,003	0,0001
Задоволеність психічним станом	18 (85,7)	22 (59,5)	17 (65,4)	15 (60,0)	72 (66,1)
p		0,021	0,098	0,044	0,009
Задоволеність фізичним самопочуттям	20 (95,2)	23 (62,2)	19 (73,1)	20 (80,0)	83 (76,2)
p		0,0007	0,029	0,106	0,0006

Таблиця 2

Професійні групи при різних варіантах самостигматизації

Професійні групи	Варіанти самостигматизації, n (%)				
	Арестриктивний (n=21)	Інтрарестриктивний (n=37)	Екстрарестриктивний (n=26)	Змішанорестриктивний (n=25)	В цілому (n=109)
Не працює, не навчається	7 (33,3)	7 (18,9)	2 (7,7) *	4 (16,0)*	20 (18,4)
Інваліди	10 (47,6)	27 (73,0)	22 (84,6)*	18 (72,0)	77 (70,6)
Професійно зайняті	4 (19,1)	3 (8,1)*	2 (7,7) *	3 (12,0)	12 (11,0)
χ^2	—	3,8	7,49	2,92	6,67
p	—	0,147	0,023	0,232	0,035

Примітка: розбіжності достовірні при $p<0,05$.

Цікавим виявився той факт, що оцінюючи свій психічний стан, як добрий, хворі з усіма варіантами самостигматизації в меншій кількості були задоволені ним.

Всі пацієнти з арестриктивним варіантом дали добру оцінку свого психічного стану, що свідчить про значно легше сприйняття хвороби досліджуваними цієї групи або недостатньо критичне ставлення до нього. В той самий час задоволені таким станом виявились 18 (85,7%). Це, можливо, свідчить про психологічну захисну реакцію (витіснення) у цих хворих, що є різновидом примітивних форм захисту. У групах з інтра-, екстра- та змішанорестриктивним варіантом добра оцінка психічного стану була значно меншою. Також, треба зазначити, що серед усіх варіантів найнижчі показники в оцінюванні задоволеності життям, психічним станом та фізичним самопочуттям виявили пацієнти з інтрарестриктивним варіантом, що ще раз підкреслює більшу зосередженість цих хворих на захворюванні та переоцінювання важкості страждання.

Аналізуючи трудову зайнятість на час дослідження були виявлені наступні результати (табл. 2).

Переважну частину становили хворі, що мали групу інвалідності. Серед них виявилось найбільше осіб з екстрарестриктивним варіантом самостигматизації, що свідчить про очікування на відторгнення з боку інших, уникання цими хворими міжособистісних стосунків і бажання отримати соціальний захист. В той же час, серед несамостигматизованих хворих (арестриктивний варіант) спостерігався найбільший відсоток професійно зайнятих, а також осіб без трудової зайнятості, що свідчить, як про наявність мотивації до повноцінного функціонування, так і відсутність вольових зусиль для здійснення своєї мети. Дані табл. 3 також говорять про це.

Отже, більше половини хворих з арестриктивним варіантом були не задоволені наявністю в них групи інвалідності. Водночас відсоток пацієнтів задоволених наявністю групи інвалідності був вищий серед самостигматизованих хворих, з найбільшою кількістю в змішанорестриктивній групі ($p=0,0014$).

Вивчаючи оцінки хворими на параноїдну шизофренію власної фізичної та інтелектуальної продуктивності було виявлено наступні відмінності залежно від варіанту самостигматизації (табл. 4).

Дослідження фізичної працездатності показало, що 60 (55,0%) пацієнтів оцінюють її, як задовільну, найбільший відсоток такої оцінки був у групі з арестриктивним варіантом (76,2%), найменший — з змішанорестриктивним (44,0%), пацієнти з інтра- та екстрарестриктивним варіантами дали майже однакову оцінку. Інтелектуальну продуктивність визнала задовільною 61 (56,0 %) особа, при цьому в групі з арестриктивним варіантом так само, як і при оцінюванні фізичної працездатності її визнавали задовільною найчастіше (76,2%), в той же час найменший відсоток був у групі з інтрарестриктивним варіантом (43,2%), а найкращим серед самостигматизованих груп був показник при екстрарестриктивному варіанті (65,4%). Різниця між арестриктивним і інтрарестриктивним та змішанорестриктивним варіантами була суттєвою ($p<0,05$). Це ще раз підтверджує, що хворі з інтрарестриктивним варіантом надмірну увагу приділяють хворобливим переживанням.

Однак, при достатньо середній оцінці свого фізичного та психічного стану (56,0% і 55,0% відповідно) більшість пацієнтів (79,8% і 72,5% відповідно) продемонстрували задоволеність

Таблиця 3

Задоволеність наявністю групи інвалідності у хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами самостигматизації

Задоволеність наявністю групи інвалідності	Варіанти самостигматизації, n (%)				
	Арестриктивний (n=21)	Інтрарестриктивний (n=37)	Екстрарестриктивний (n=26)	Змішанорестриктивний (n=25)	В цілому (n=77)
Не задоволені	6 (60,0)	4 (14,8)*	6 (27,3)	1 (5,6)*	17 (22,1)
Задоволені	4 (40,0)	23 (85,2)*	16 (72,7)	17 (94,4)*	60 (77,9)
χ^2	–	7,55	3,14	10,2	9,61
p	–	0,006	0,076	0,0014	0,002

Примітка: розбіжності достовірні при $p<0,01$.

Таблиця 4

Задовільні оцінки та задоволеність фізичною та інтелектуальною продуктивністю у пацієнтів з параноїдною шизофренією з різними варіантами самостигматизації

Показники	Арестриктивний (n=21)	Інтрарестриктивний (n=37)	Екстрарестриктивний (n=26)	Змішанорестриктивний (n=25)	В цілому (n=109)
Задовільні оцінки продуктивності					
Фізична	16 (76,2)	19 (51,3)	14 (53,9)	11 (44,0)*	60 (55,0)
p	–	0,049	0,104	0,022	0,155
Інтелектуальна	16 (76,2)	16 (43,2)*	17 (65,4)	12 (48,0)*	61 (56,0)
p	–	0,009	0,416	0,044	0,057
Задоволеність характеристиками продуктивності					
фізичної	20 (95,2)*	22 (59,5)*	18 (69,2)*	19 (76,0)	79 (72,5)
p	–	0,0003	0,013	0,054	0,0001
інтелектуальної	19 (90,5)*	25 (67,6)*	23 (88,5)	20 (80,0)	87 (79,8)
p	–	0,026	0,823	0,312	0,094

Примітка: розбіжності достовірні при $p<0,01$.

рівнем інтелектуальної та фізичної продуктивності. Це свідчить про пристосування індивідів до свого хворобливого стану. При аналізі відмінностей у продуктивності між групами було встановлено наступні закономірності. У групі з арестриктивним варіантом переважна більшість пацієнтів була задоволена фізичною та інтелектуальною продуктивністю (95,2% і 90,5% відповідно). Достовірно ($p < 0,05$) найменше були задоволені фізичною та інтелектуальною продуктивністю хворі у групі з інtrarестриктивним варіантом (59,5% і 67,6% відповідно). Отже, хоча задоволеність цих пацієнтів своєю продуктивністю, як і у пацієнтів інших груп, була вищою ніж її оцінка, вона була більш песимістичною і відображала особливу значущість хвороби в їх житті відповідно до варіанту їх самостигматизації. В

екстрарестриктивній групі було достовірно менше ($p < 0,05$) задоволених тільки власною фізичною продуктивністю, ніж в арестриктивній групі.

Вивчаючи денну активність, ми отримали наступні результати: щоденні прогулянки здійснювали майже всі пацієнти арестриктивної групи (90,5%), найменша частка була в інtrarестриктивній групі (62,2%), щоденне відвідування магазинів також спостерігалось рідше в групах самостигматизованих пацієнтів з найменшою кількістю хворих в інtrarестриктивній групі (27%), а щоденне спілкування з друзями було найменшим у змішанорестриктивній групі.

Міжособистісні стосунки також є складовою соціального функціонування індивіда. Нами був проаналізований вплив самостигматизації на формування та збереження цих стосунків у хворих на параноїдну шизофренію (табл. 5).

Таблиця 5

Характеристика стосунків в мікросоціальному оточенні хворих на параноїдну шизофренію з різними варіантами самостигматизації

Показники	Арестриктивний (n=21)	Інtrarестриктивний (n=37)	Екстрарестриктивний (n=26)	Змішанорестриктивний (n=25)	В цілому (n=109)
Сімейний стан					
неодружені	14 (66,7)	25 (67,6)	16 (61,5)	19 (76,0)	74 (67,9)
розлучені	2 (9,5)	4 (10,8)	9 (34,6)*	4 (16,0)	19 (17,4)
вдівці	0 (0,0)	2 (5,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (1,8)
одружені	5 (23,8)	6 (16,2)	1 (3,9)	2 (8,0)	14 (12,8)
χ^2	-	1,57	6,8	2,38	10,7
p	-	0,667	0,033	0,34	0,098
Задоволеність сімейним образом життя					
не задоволені	11 (52,4)	7 (18,9)	10 (38,5)	12 (48,0)	40 (36,7)
задоволені	10 (47,6)	30 (81,1)*	16 (61,5)	13 (52,0)	69 (63,3)
χ^2	-	7,01	0,91	0,09	8,66
p	-	0,008	0,339	0,767	0,034
Положення хворого у сім'ї					
підлегле	4 (19,1)	5 (13,5)	8 (30,8)	9 (36,0)	26 (23,9)
рівноправне	17 (81,0)	32 (86,5)	18 (69,2)	16 (58,0)	83 (76,1)
χ^2	-	0,31	0,84	1,6	5,2
p	-	0,576	0,360	0,203	0,160
Задоволеність положенням у сім'ї					
не задоволені	4 (19,1)	1 (2,7)	8 (30,8)	6 (24,0)	19 (17,4)
задоволені	17 (81,0)	36 (97,3)*	18 (69,2)	19 (76,0)	90 (82,6)
χ^2	-	4,54	0,84	0,16	9,58
p	-	0,033	0,359	0,685	0,022
Взаємовідносини з родичами					
1	2	3	4	5	6
конфліктні	5 (23,8)	6 (16,2)	12 (46,2)	9 (36,0)	32 (29,4)
добрі	16 (76,2)	31 (83,8)	14 (53,8)	16 (64,0)	77 (70,6)
χ^2	-	0,5	2,5	0,8	7,46
p	-	0,478	0,113	0,371	0,059
Задоволеність взаємовідносинами з родичами					
не задоволені	8 (38,1)	2 (5,4)*	9 (34,6)	8 (32,0)	27 (24,8)
задоволені	13 (61,9)	35 (94,6)*	17 (65,0)	17 (68,0)	82 (75,2)
χ^2	-	10,0	0,06	0,19	11,5
p	-	0,0015	0,805	0,665	0,0093

Примітка: розбіжності достовірні при $p < 0,01$.

Більшість досліджуваних хворих була не одружена — 74 (67,9%). Розлучених спостерігалось значно більше в групі з екстрарестриктивним варіантом, ніж з арестриктивним ($p < 0,05$), одружених же навпаки було менше. В групі з змішанорестриктивним варіантом відмічалась також тенденція до збільшення розлучених, але різниця між групами була менш вираженою. Ймовірно, найменша кількість одружених і більший відсоток розлучених у групі з екстрарестриктивним варіантом самостигматизації обумовлена очікуванням хворими цієї групи негативного відношення з боку інших, в тому числі з боку партнера.

63,3% пацієнтів задоволені сімейним образом життя. При порівнянні несамостигматизованих хворих із самостигматизованими виявилось, що самостигматизовані пацієнти більше задоволені таким сімейним життям, що склалося переважно за рахунок інтарестриктивного варіанту ($p = 0,008$).

Більшість пацієнтів (76,1%) вказувала на рівноправне положення у родині. Суттєвих розбіжностей між варіантами самостигматизації не спостерігалось, але тенденція до підлеглого положення хворого у сім'ї виявлялась майже у третини хворих з екстра- та змішанорестриктивними варіантами самостигматизації.

Задоволеними таким положенням у сім'ї були 90 (82,6%) пацієнтів. У порівнянні з арестриктивною групою виявлено статистично значиме ($p = 0,033$) підвищення частоти задоволеності положенням у сім'ї в групі з інтарестриктивною самостигматизацією (97,3%). В екстра- та змішанорестриктивній групі виявляється протилежна тенденція до зниження частоти задоволеності положенням у сім'ї, проте не виявлено статистично значимої різниці в порівнянні з арестриктивною групою. Таким чином, інтарестриктивна група була найменш вимоглива до свого положення в родині.

Більша кількість хворих — 77 осіб (70,6%) — вважала взаємовідносини з родичами добрими. Найчастіше конфліктні взаємовідносини з родичами мали особи з екстрарестриктивним варіантом самостигматизації, хоча ця відмінність не була достовірною. Більшість хворих (75,2%) була задоволена взаємовідносинами з родичами, кількість таких осіб була відносно однаковою серед усіх пацієнтів. Однак, достовірно ($p = 0,0015$) найбільша частина таких осіб (94,6%) спостерігалась у групі з інтарестриктивною самостигматизацією.

У більшості частини (42,2%) хворих коло спілкування включало родину і невелику кількість друзів та знайомих. Таке коло контактів найчастіше зустрічалось в інтарестриктивній групі (62,2%). Різноманітне коло спілкування було достовірно найбільш поширеним в арестриктивній

групі. Серед пацієнтів, які спілкувалися лише з членами родини, найбільшу частину становили особи із змішанорестриктивної групи (32,0%). Епізодичне спілкування, здебільшого з членами родини за їх ініціативи, найбільше зазначали хворі з екстрарестриктивною самостигматизацією (23,1%). Серед тих, хто майже ні з ким не спілкувався, переважали хворі з екстрарестриктивною самостигматизацією (7,7%).

Характер відносин з оточуючими у більшості хворих був спокійний — 56 осіб (51,4%) або відмічалась легка дратівливість — 33 пацієнти (30,3%). При цьому намічалась тенденція до збільшення спокійних взаємовідносин в арестриктивній (61,9%) та екстрарестриктивній групі (69,2%), тоді як легка дратівливість була більш характерна для хворих у інтарестриктивній (43,2%) та змішанорестриктивній (36,0%) групах.

Серед хворих із самостигматизацією виявилась різниця у задоволеності характером відносин з оточуючими. В інтарестриктивній групі тільки 13 (35,1%) хворих оцінювали взаємовідносини як спокійні і задовільні, тоді як в екстрарестриктивній групі — 18 осіб (69,2%) ($p = 0,007$). Це ще раз засвідчує більшу вимогливість хворих інтарестриктивної групи до себе.

Переважна більшість хворих — 84 особи (77,1%) — оцінювала своє життя як благополучне, з них 56 осіб (51,4%) — як здебільшого благополучне та 28 пацієнтів (25,7%) вважали себе повністю щасливими. У групі з екстрарестриктивним варіантом було достовірно ($p = 0,02$) більше повністю щасливих людей — 11 (42,3%), тоді як в інтарестриктивній групі їх було найменше — 6 (16,2%).

Висновки

Таким чином, отримані дані свідчать про більш виражені порушення в соціальному функціонуванні хворих на параноїдну шизофренію при наявності самостигматизації. У пацієнтів з самостигматизацією нижча оцінка стану психічного здоров'я, менша денна активність, вужче коло спілкування. Крім того визначені найбільш вразливі ланки залежно від варіанту самостигматизації: гірша оцінка стану здоров'я і задоволеність ним, своєю продуктивністю, а також нижчі показники денної активності у пацієнтів з інтарестриктивним варіантом, гірші сімейні стосунки, більша кількість розлучених у осіб екстрарестриктивної групи та поєднання цих порушень у хворих змішанорестриктивної групи. Водночас для пацієнтів з арестриктивним варіантом характерне більш легковажне ставлення до хвороби, ухилення від отримання лікування. Отримані дані слід враховувати при розробці реабілітаційних заходів для удосконалення медико-соціальної допомоги хворим на параноїдну шизофренію.

Література

1. Михайлова И.И. Самостигматизация психически больных.: автореф. дисс. на соискание науч. степени канд. мед. наук.: спец. 14.01.06 «Психиатрия». / И.И. Михайлова — Москва, 2005. — 19с.
2. Angermeyer M.C. A stigma perspective on recovery / M.C. Angermeyer, G. Schomerus // *World Psychiatry*. — 2012. — V. 11, № 3. — P. 163-164.
3. Самостигматизация при основных психических заболеваниях / [В.С. Ястребов, О.А. Гонжал, Г.В. Тюменкова, И.И. Михайлова] // Методические рекомендации — Научный центр психического здоровья РАМН. М., Изд-во ЗАО Юстицинформ, 2009. — 18с.
4. Byrne P. Stigma of mental illness and ways of diminishing it / P. Byrne // *Advances in Psychiatric Treatment*. — 2000. — V. 6. — P. 65-72.
5. Пшук Є.Я. Дослідження структури просоціальних мереж у хворих на шизофренію / Є.Я. Пшук // *Архів психіатрії*. — 2014. — Т. 20, № 1(76). — С.40-42.
6. Пішель В.Я. Визначення суб'єктивного стану здоров'я хворих на шизофренію / В.Я.Пішель, М.Ю.Полив'яна, В.В.Сотніченко // Матеріали конф. «Інтегративні підходи в діагностиці і лікуванні психічних та психосоматичних хвороб». 28 лют.2012р. — Вінниця, 2012. — С.101-102.
7. Ким А.С. Самостигматизация как личностно-средовой феномен / А.С. Ким, Е.С Черапкин, В.В. Полетаев // *Вестник КРСУ*. — 2014. — Т 14, № 10. — Медицина — С.134-137.
8. Скрипка Е.Ю. Качественное исследование самостигматизации больных с психическими расстройствами / Е.Ю. Скрипка // *Молодой ученый*. — 2012. — № 7. — С. 232-237.
9. Insight into mental illness, self-stigma, and the family burden of parents of persons with a severe mental illness / [I. Ohayon, I. Levy, S. Kravetz, A. et all.] // *Compr Psychiatry*. — 2011. — № 52. — P.75-80.
10. Тараканова Е.А. Стигматизация и самостигматизация в динамике качества жизни больных шизофренией: автореф. дисс. на соискание науч. степени д-ра мед. наук.: спец. 14.01.06 «Психиатрия». / Е.А. Тараканова. — Волгоград, 2011.— 48 с.

УДК 159-616

Психологічна корекція емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворюваннями

О. О. Древіцька, О. В. Дягіль

ПрАТ «ВНЗ «МАУП», м. Київ

Резюме.

Введение. На процессы оздоровления пациентов с онкологическими заболеваниями негативно влияют их выраженные эмоциональные переживания, соответственно, возникает необходимость их психологической коррекции.

Материал и методы исследования. Проведено исследование 36 пациентов с онкологическими заболеваниями, с уровнем функционирования 1-2 балла по шкале ECOG. Использованы шкалы госпитальной тревоги и депрессии (HADS). Результаты исследований показали клинически значимые уровни тревоги и депрессии у больных. Коррекция эмоциональных нарушений включала: аутотренинг, отдельные упражнения по НЛП, арт-терапии, были направлены на стабилизацию эмоционального состояния пациентов.

Результаты и обсуждение: Повторное тестирование по шкале госпитальной тревоги и депрессии (HADS) показало, что у пациентов после 6-ти занятий с психологом достоверно снизились уровни тревоги и депрессии. Итак, психологическая коррекция способствовала стабилизации эмоционального состояния больных.

Вывод. У пациентов с онкологическими заболеваниями наблюдались клинически значимые уровни тревоги и депрессии по шкале HADS. Проведение психологической коррекции, включающей: аутотренинг, упражнения по НЛП и арт-терапии, — способствовало стабилизации эмоционального состояния пациентов с уровнем функционирования 1-2 балла по шкале ECOG.

Ключевые слова: эмоциональные нарушения, онкология, психологическая диагностика и коррекция.

Psychological correction emotional disorders in patients with cancer

О. О. Drevitska, O. V. Dyagil

IAPM, Kyiv

Resume.

Introduction. In the process of recovery of patients with cancer expressed negatively affect their emotional distress, therefore, there is need of psychological treatment.

Material and Methods. A study of 36 patients with cancer, the level of functioning of 1.2 points on a scale ECOG. Used scale hospital anxiety and depression (HADS). The results showed clinically significant levels of anxiety and depression in patients. Correction of emotional disorders included: auditory training, some NLP exercises, art therapy, which were aimed at stabilizing the emotional state of patients.

Results and discussion. Repeated testing on a scale hospital anxiety and depression (HADS) showed that in patients after 6 sessions with a psychologist significantly decreased levels of anxiety and depression. Thus, the psychological correction helped stabilize the emotional state of patients.

Conclusion. Patients with cancer were observed clinically significant levels of anxiety and depression on a scale HADS. Conducting psychological treatment, which included: auditory training, exercise with NLP and art therapy - helped stabilize the emotional state of patients with a level of operation 1.2 points on a scale ECOG.

Keywords: sensory, emotional disorders, oncology, psychological diagnosis.

Вступ

Під впливом екологічних, соціальних і психологічних чинників і фактору «старіння», — зростають показники захворюваності населення України на онкологічні хвороби. За таких умов великого значення набуває розробка та впровадження психологічної корекції емоційних порушень у пацієнтів з онкологічними захворюваннями [1-3].

Мета роботи: запропонувати відповідні підходи психологічної корекції емоційних порушень для пацієнтів з онкологічними захворюваннями на етапі їх діагностики.

Матеріал і методи дослідження

36 пацієнтів з онкологічними діагнозами, з рівнем активності 80-90% за індексом Карновського. Переважна локалізація

онкологічного процесу стосувалася: легенів, молочної залози, щитоподібної залози, кишківника, простати.

Загальний стан пацієнтів, відповідно до шкали ECOG оцінювався в балах, і в групу включення увійшли пацієнти з рівнем функціонування: від 1 балу — коли є симптоми захворювання, але стан ближчий до нормального, до 2-х балів — коли більше 50% денного часу пацієнт проводив не в ліжку, але мав потребу в додатковому відпочинку.

Критерієм включення до групи було: факт наявності онкологічної патології у хворих з рівнем функціонування 1-2 бали, поінформована згода щодо роботи з психологом. Гендерний розподіл основної групи був наступним: 17 чоловіків і 19 жінок. Середній вік обстежених складав 59±4,6 років.

Методом дослідження був обраний експрес-тест на рівень тривоги і депресії за шкалою госпітальної тривоги і депресії (HADS). Шкала складається з 14 тверджень, і включає дві частини: тривога (I частина) і депресія (II частина). Для інтерпретації результатів необхідно підсумувати бали по кожній частині окремо: 0-7 балів — норма (відсутність достовірно виражених симптомів тривоги і депресії); 8- 10 балів — субклінічно виражена тривога/депресія; 11 балів і вище — клінічно виражена тривога/ депресія.

Результати дослідження:

Результати вивчення тривоги і депресії за Госпітальною шкалою (HADS) показали, що у пацієнтів спостерігався клінічний рівень тривоги (понад 11 балів) — $14,1 \pm 1,7$ балів і клінічний рівень депресії (понад 11 балів) — $15,6 \pm 1,8$ балів.

Досить часто спостерігалися позитивні відповіді пацієнтів на твердження щодо тривоги: «часто відчуваю напругу, мені не по собі», «часто відчуваю страх, здається, ніби-то жакливе може ось-ось статися»; «непокоїні думки крутяться у мене в голові більшу частину часу»; «зовсім не можу розслабитися»; «відчуваю внутрішнє напруження»; «досить часто буває раптове відчуття паніки».

Відносно шкали депресії позитивні відповіді пацієнтів спостерігалися на твердження: «мало що викликає задоволення»; «важко бути безтурботним, сміятися, як раніше»; «дуже рідко відчуваю бадьорість»; «часто повільно все роблю», «не сліdkую достатньо за зовнішністю»; «рідко що приносить задоволення».

У процесі визначення проблеми психологічної корекції було прагнення точно охарактеризувати «внутрішню картину хвороби» клієнта, встановити як емоційні, так і когнітивні її аспекти. На стадії обговорення «внутрішньої картини хвороби» давали відкриті запитання. Під час бесіди складався письмовий список саногенної поведінки та альтернатив вирішення емоційно значимої проблеми.

В основі формування алгоритму психологічної корекції використано підходи, що відповідали потребам хворих в процесі корекції тривоги, депресії. Для цього були обрані наступні методи: аутотренінг та окремі вправи з НЛП і арт-терапії.

Заняття з аутотренінгу: навчали розслабленню і на тлі розслаблення проводили відповідно до класичних з певною модифікацією: до основних формул самонавіювання додавали використання перед сеансом самомасажу відомих точок акупресури на вухах, долонях і стопах.

Вправа з НЛП передбачала згадати найбільш приємні події в житті, позначити їх словом-ключем і свідомо неодноразово «включати» свій позитивний настрій з використанням такого

«ключа». Зміна емоційного ставлення пацієнтів до себе сприяла їх адекватнішому ставленню до хвороби, більшому самоприйняттю. Пацієнти намагалися вирішувати свої життєві питання таким чином, щоб свідомо залишатися у хорошому настрої.

Пацієнту пропонувалося побачити свою хворобу в символічних чи реальних образах. Відносно таких образів важливо було провести певну трансформацію, а саме: помістити цей образ в нижній лівий кут уявного екрана, подякувати і запропонувати «піти», оскільки основна функція (факт духовного зростання) хворобою вже виконана. Тим часом у правій верхній частині листа пропонувалося уявити символічно той стимул, який надихає на подальше життя. Давали завдання вдома малювати такі умовні символи, проводити своєрідну медитацію з орієнтацією на позитивний символ.

Результати вивчення тривоги і депресії за Госпітальною шкалою (HADS) показали, що у пацієнтів спостерігалася позитивна динаміка емоційного стану вже після 6-ти занять (табл. 1).

Таблиця 1.
Динаміка результатів дослідження тривоги і депресії у хворих з онкологічною патологією

Показники	Хворі до корекції	Хворі після корекції	Вірогідність різниці
тривоги (із 24 балів)	$14,1 \pm 1,7$	$9,3 \pm 1,5$	$P < 0,05$
депресії (із 24 балів)	$15,6 \pm 1,8$	$10,2 \pm 1,6$	$P < 0,05$

Як видно з таблиці, після психологічної корекції спостерігалася вірогідне поліпшення показників тривоги і депресії за тестом HADS.

У процесі повторного дослідження пацієнти відмічали: поліпшення настрою, зменшення тривоги, посилювався інтерес до своєї зовнішності та до улюблених занять.

Висновки:

1. Обстеження пацієнтів з онкологічними захворюваннями і з рівнем активності 80-90% за індексом Карновського показало наявність значних емоційних порушень і вказувало на необхідність розробки заходів психологічної корекції.
2. Результати вивчення тривоги і депресії за Госпітальною шкалою (HADS) показали, що у пацієнтів з онкологічними захворюваннями до психологічної корекції спостерігався клінічний рівень тривоги (понад 11 балів) — $14,1 \pm 1,7$ балів і клінічний рівень депресії (понад 11 балів) — $15,6 \pm 1,8$ балів.

3. Комплексний підхід у процесі психологічної корекції при онкологічних захворюваннях у зазначеної групи пацієнтів з використанням: занять з аутотренінгу, вправ з НЛП і арт-терапії, — сприяв позитивним емоційним змінам, зокрема, вірогідному зменшенню рівня депресивних переживань у пацієнтів.

Література:

1. Andersen B.L., Rowland J.H., Somerfield M.R. Screening, assessment, and care of anxiety and depressive symptoms in adults with cancer: An American Society of Clinical Oncology guideline adaptation. *J. Clin. Oncol.* 2015;11:133–134.
2. Linden W., Vodermaier A., Mac Kenzie R., Greig D. Anxiety and depression after cancer diagnosis: Prevalence rates by cancer type, gender, and age. *J. Affect. Disord.* 2012; 141:343–351
3. Pinquart M., Duberstein P.R. Depression and cancer mortality: A meta-analysis. *Psychol. Med.* 2010; 40:1797–1810.

О сознании

Иванов Александр Яковлевич (Балтимор, США)

Резюме. В огляді представлені різні точки зору філософів, фізиків, психологів і нейрофізіологів на проблему свідомості. Найбільша увага приділена результатам нейрофізіологічних досліджень пов'язаних з пошуками нейронних корелятивів, відповідальних за суб'єктивне сприйняття елементарних відчуттів. Підтримується припущення, що загадка свідомості буде вирішена редукціоністськими методами наук.

About consciousness

Ivanov A.

Resume. The review presents various points of view of philosophers, physicists, psychologists and neurophysiologists on the problem of consciousness. The greatest attention is paid to the results of neurophysiological studies related to the search for neural correlates, responsible for subjective perception of elementary sensations. Suggested, the mystery of the mind will be solved by the reductionist methods of science.

Начать эту трудную для меня тему следует с краткого рассмотрения принципиальных различий, которые давно сложились во взглядах относительно проблемы сознания. Раньше всех этой проблемой озаботились философы. Опустим всю историю философских исканий и прямо перейдём к тому, что думают современные философы о сознании. Чалмерс (1), Нагель (2) и Сёрль (3), вот те философы, которые сформировали современный взгляд на эту проблему. Основной вывод, который разделяют все упомянутые философы, состоит в том, что сознание представляет собой «отдельное качество природы», отличающееся от физического мира, и оно не управляется известными нам физическими законами. Согласно этому взгляду сознание было во Вселенной всегда, ибо оно присуще Вселенной по своей природе. Эта точка зрения на природу сознания получила название панпсихизма.

Согласно философским предположениям, сознание может влиять на физическую материю, но субъективный аспект сознания не может быть никак объяснён путём использования редукционистских научных теорий. Другими словами в этих философских работах постулируется проблема «разрыва в понимании». Провал в понимании, по мнению сторонников этого взгляда, состоит в том, что «никакая теория физической реализации сознания в мозге, использующая только термины естественных наук, не может устранить ощущения, что что-то остаётся необъяснённым». Например, известно, что боль возникает в результате возбуждения С-волокон и выделения медиатора, который активирует нейроны в определённых структурах мозга. Взаимодействия медиатора с рецепторами в нейронах запускает каскад биохимических превращений, конечным результатом которых является появление субъективного ощущения боли. Однако в понимании боли содержится

нечто большее, чем представление о роли, которую она играет. Философы подчёркивают её «квалиа», то есть то, каково это — ощущать боль. То, что остаётся необъяснённым после возбуждения С-волокон и процессов, происходящих в нейронах мозга, — это то, почему боль ощущается так, как она ощущается?

Рассмотрим ещё один пример, тоже позаимствованный из работ упомянутых философов: «Представим, что есть учёный Мэри. Всю свою жизнь она провела в черно-белой комнате, обучалась через черно-белые мониторы, читала черно-белые книги. Мэри никогда не видела цветов, но была специалистом в нейрофизиологии и знает абсолютно все о том, как люди воспринимают цвета, какие процессы происходят в этот момент в мозге, какие физические факты сопутствуют этому». Затем Мэри, однажды, выпускают из комнаты. Она выходит и впервые видит красную розу. Вопрос: получит ли она новое знание? Субъективное восприятие цвета будет совершенно новым для неё знанием. Все теоретические знания о красном цвете не заменят ей субъективного восприятия этого цвета.

Понимание «квалиа» и его отношения к физическим процессам, происходящим в мозге, философы обозначили как «трудную проблему» сознания. Они не видят способов решить эту проблему, и считают, что нейрофизиологи зря тратят своё время и силы, пытаясь найти какое то её решение.

Представители естественных наук придерживаются иных взглядов, чем философы. Некоторые математики и физики считают, что сознание человека с его способностью решать алгоритмически невычислимые задачи напоминает им квантовый компьютер. Я не специалист в этой области, поэтому позволю себе только вкратце пересказать суть одного из предположений, которое состоит в том, что сознание рассматривается как результат дискретных физических

событий, присущих самой природе. Такие события были обозначены Пенроузом (4) как «моменты редукции квантового состояния системы». Пенроуз в соавторстве с анестезиологом Хамерофом предположили, что белки тубулины в микротрубочках нейронов могут образовывать когерентные квантовые системы, затем переходя в классическое состояние при помощи процедуры, обозначенной авторами как «операционная редукция». Этот переход, по мнению авторов, и есть момент появления субъективного опыта, или, другими словами, «момент появления сознания». Гипотеза Пенроуза-Хамерофа об «объективной редукции» базируется на неуловимом и плохо понимаемом в физике процессе, который находится между квантовым и классическим мирами. Согласно Пенроузу, сознание — это компонент физических законов природы, которые, в конечном счёте, будут открыты и описаны методами науки, но в настоящее время ещё не известны. Предполагается, что материя сама себя «наблюдает», фиксируя каждую дискретную переменную в своих состояниях. И чем более сложно организованным оказывается комплекс из частиц материи, тем более «осознанным» является это «наблюдение».

Конечно, любой подход к решению проблемы перехода объективного процесса в субъективное его отражение заслуживает внимания. С развитием робототехники программисты и специалисты по теории информации стали интенсивно заниматься проблемой искусственного интеллекта. Интересно, что резюмируя текущие усилия по созданию машинного интеллекта, Мински (5), в своё время, сказал, что необходимым условием для создания искусственного интеллекта является создание «машинного сознания». Философы предположили (1), что информация, как сущность, состоит одновременно из физического и идеального компонентов. Идеальный компонент информации может быть «отсоединён» от материального носителя и «присоединён» к другому носителю без изменения сущности информации. Предположение о двойственной сути природы информации и детальное обсуждение её роли в сознании можно найти в статье Коллендера (6), где даётся также определение сознания: «сознание есть процесс и результат обработки информации в мозгу и ничего более». Но снимает ли предположение о двойственном характере информации проблему перехода объективного в субъективное? Как быть с тем фактом, что огромный массив информации в мозгу обрабатывается на бессознательном уровне? Например, информация, поступающая в мозг от многочисленных интерорецепторов, не осознаётся нами, т.е. её переработка происходит без участия каких-либо

субъективных ощущений. Поэтому мне кажется, что утверждение «сознание есть процесс и результат обработки информации в мозгу и ничего более», предложенное Коллендером, по видимому, не вполне точно, хотя бы потому, что процесс обработки информации происходит в мозгу и на бессознательном уровне, т.е. без участия сознания.

Сторонники ещё одного взгляда на природу сознания полагают, что оно возникает как естественное эволюционное следствие развивающихся живых организмов и их нервной системы. Согласно этому взгляду, сознание не есть некое самостоятельное независимое качество природы, если говорить о нем в терминах обычных физических процессов. Сознание возникло как свойство сложных нейронных вычислений мозга в процессе длительной эволюции организмов.

Ниже, очень кратко, обозначены основные подходы к пониманию проблемы сознания, которые зарождались в среде нейрофизиологов. Работа на протяжении 40 лет в области нейрофизиологии позволяла мне знакомиться с текущими историческими представлениями о работе мозга и с трансформацией и их трансформацией. Известно, что прогресс в любой области науки обычно определяют появление новых методов. Работы Кахалы, Бергера, Павлова, Эклза и многих других учёных, внедривших новые методы в нейрофизиологию, позволили создать не только нейронную теорию строения мозга, но и приступить к планомерному изучению функционирования отдельных нейронных структур в мозге. Результаты многочисленных работ в этой области дают основание полагать, что различным классам животного мира присуща способность накапливать знания и использовать их для адаптивного поведения. Однако, доступа к субъективной жизни животных у нас нет, и рассуждать о ней мы можем только на основании косвенных данных. Известно также, что нейрохирурги весьма ограничены в проведении экспериментов на человеческом мозге с одновременным доступом к сознанию пациента. Надежда на преодоление этих ограничений как раз и связана с широким внедрением в когнитивную нейропсихологию и нейрофизиологию новых методов, таких как позитронно-эмиссионная и магниторезонансная томография, которые позволяют одновременно работать с объективными и субъективными процессами в человеческом мозге.

Приведённые выше взгляды на проблему сознания отличаются тем, какие способы решения проблемы они предлагают. По определению Хокинга и Млодинова (7), мы живём в мире «модельно-зависимого реализма», согласно которому наука разрабатывает модели реальности, которые принимаются до тех пор, пока

их предсказания совпадают с экспериментальными наблюдениями. По сути, одни убеждены в возможности построить теорию сознания используя редукционный подход. Это убеждение можно кратко выразить словами Френсиса Крика (8): «поведение каждого из нас является результатом работы множества взаимодействующих нейронов в мозге и ничем более». Однако, другие (Сёрль, Нагель, Чалмерс), как я уже упомянул ранее, считают, что ни одна из существующих гипотез не даёт нам даже намёка на то, как при помощи физических теорий можно объяснить субъективный характер сознания. Следуя за Декартом, многие учёные придерживаются дуалистической позиции, рассматривая тело и мозг как физическую субстанцию, а сознание как идеальную, т.е. созданную из чего-то, что не обладает ни материальной массой, ни физической энергией.

Почему проблема сознания так сложна? Рассмотрим для примера самый простой на сегодняшний день элемент сознания — элементарное ощущение. Оно возникает в процессе взаимодействия физического мира со специализированными рецепторами живого организма, которые обнаруживают и кодируют это взаимодействие. Начальные процессы кодирования различных видов энергии в рецепторах органов чувств животных и человека хорошо изучены и их рассмотрение не входит в нашу задачу. Достаточно упомянуть, что информация об «ощущении», у всех живых существ, наделённых нервной системой, кодируется в виде паттерна нервных импульсов, которые поступая в мозг, активируют в нем какое-то количество нейронов.

Известно также, что у животных с развитой нервной системой, нейроны, воспринимающие различные сенсорные модальности, структурно организованы сходным образом — в виде вертикальных колонок. Маункастл (9) первым предположил на основании экспериментальных данных, как сенсорная информация от осязательных рецепторов вначале разбирается на составляющие её элементы, а затем снова собирается в нейронах, образующих колонки. Каждая из колонок, или как их ещё называют, модулей, соответствует единственной субмодальности ощущения. Например, нейроны одной колонки-модуля, отвечающей на тактильное раздражение, получают информацию о слабом прикосновении, а нейроны другой — о сильном давлении на тот же участок кожи.

Такая же последовательность наблюдается и при передаче в мозг зрительной информации. Вначале зрительный образ разбирается нейронами на разнонаправленные линии и углы, затем нейроны, реагирующие на сходный угол наклона, оказываются объединёнными в колонки,

что блестяще показали Хьюбель и Визель(10). Таким образом, информация от специализированных рецепторов поступает в мозг в виде дискретных фрагментов, каждый из которых затем снова собирается в специфических нейронных модулях-колонках. Добавим, что ничего похожего на узнавание предметов в зрительной коре не было обнаружено с помощью электрофизиологических и томографических исследований. Новая информация, привнесённая томографическими исследованиями, состояла в том, что в процесс узнавания активируются, кроме нейронов зрительной коры, также и нейроны удалённых участков префронтальной и височнотемпальной коры. Для целей данного обзора этих примеров достаточно, чтобы считать, что наши элементарные ощущения не воспроизводят объективную реальность, а создают её модель в сети активированных нейронов.

Первое, что бросается в глаза при упоминании сознания, пишет Кандел в книге «В поисках памяти», это «интеграция различных сенсорных модальностей в единую картину. Единство, как свойство сознания, отражает тот факт, что мы воспринимаем свои ощущения как единое целое. Вторая особенность сознания — его субъективность». Рассмотрим чуть подробнее эти две особенности сознания, упомянутые Канделом. В течение созревания организма информация, поступающая к различным по модальности колонкам сенсорной коры мозга, запоминается в памяти синаптических связей их нейронов. О том, как устроен и функционирует механизм имплицитной и эксплицитной памяти в нейронах кое-что уже известно, и интересующиеся подробностями могут найти их в книге Кандела (11). Каждый нейронный модуль обладает специфичной модальностью, ибо реагирует только на раздражение специализированных рецепторов, и памятью (значимостью) «этой специфичности», запечатлённой в конфигурации активных синапсов и активности специфических белков в этих нейронах. Может показаться, что в рассмотренном выше примере с передачей зрительной информации почти все слагаемые процесса известны и объективно контролируемы: длина волны света, реакция колбочек в сетчатке, нейронные пути и их связи, характер электрических импульсов, поступающих в определённые участки зрительной коры и активность специфических нейронных модулей. Однако такое представление не соответствует действительному положению дел в нейрофизиологии. Предстоит ещё огромная работа по определению точных синаптических связей между различными типами нейронов в мозге.

Вот что пишет С. Сеунг (12) о значении связей между нейронами: «В отличие от генома,

который «зафиксирован» начиная с момента зачатия, коннектом (все межнейронные связи) меняется на протяжении всей жизни. Нейроны изменяют «удельный вес» синаптических связей между собой, усиливая или ослабляя их. Нейроны заново соединяются, создавая или уничтожая синапсы (рекомбинация связей). Наконец, путём регенерации возникают совершенно новые нейроны. Существуют веские доказательства, что все перечисленные выше процессы коннектомных изменений находятся под влиянием того, что вы переживаете». Чтобы подчеркнуть важность как структурных, так и функциональных изменений, происходящих в мозге, Сеунг предлагает читателю представить двуликость человеческого «Я». Одно «Я» меняется от мгновения к мгновению и определяется электрической активностью нейронов мозга, а другое «Я» стабильно сохраняет детские и многие другие воспоминания, и оно определяется многообразием стабильных синаптических связей между нейронами. Концепция коннектома предполагает, что нам известны все связи (восходящие и нисходящие) между нейронами мозга, что далеко от имеющейся действительности. Даже составление точной карты связей между нейронами в нервной системе червя *C. elegans* заняло десятки лет, хотя эта нервная система состоит из 300 нейронов и содержит всего 7 тысяч связей.

Думается, однако, что знание всех связей между нейронами, составляющими определённую колонку-модуль, все же не ответит нам на вопрос о том, как нейронная активность специфического модуля переходит в субъективное осознание цвета, звука, прикосновения или боли. Важно отметить, что изолированная активация нейронного модуля приводит к запоминанию, но не субъективному осознанию информации, хранимой в нем. Впервые это было замечено в экспериментах Либета (13). Раздражение сенсорных рецепторов приводило к возникновению соответствующих субъективных ощущений (т.е. их осознанию) у людей только тогда, когда длительность раздражения достигала примерно 500 мсек. Вся информация о стимулах, короче этого интервала, доходила до сенсорных участков коры мозга и регистрировалась приборами, но при этом не сопровождалась никакими субъективными ощущениями, т.е. не осознавалась испытуемым. Либет также обнаружил, что каждому сознательному движению предшествует (опережая его примерно на 1 сек.) «потенциал готовности», регистрируемый приборами с коры мозга. Эти факты свидетельствуют о том, что информация, передаваемая в нейронные модули мозга, не осознаётся автоматически при их активации и что произвольное движение

формируется вначале как бессознательный процесс, а затем, непосредственно перед началом, включается сознание, которое и «решает» осуществить движение или запретить.

Таким образом, между бессознательными процессами и появлением их осознания в мозгу имеется определённая временная задержка. За счёт чего она возникает? После открытий ретикулярной формации Мэгуном и Морруци в стволе мозга (14) и неспецифических ядер таламуса Джаспером (15), стало понятно, что любая афферентная информация, до того как поступить к специфическим колонкам-модулям в коре, обязательно, отвечаясь, активирует неспецифические структуры. Важная роль ретикулярной формации и неспецифических ядер таламуса в возникновении сознания была многократно показана в экспериментах по изучению сна, процесса, при котором происходит естественное выключение сознания, а также при исследовании действия наркотических препаратов. Активирующее подкрепление от нейронов неспецифических структур мозга поступает не только к специфическим модульным структурам, но и к образованиям мозга, которые ответственны за появление эмоциональной «окраски» сенсорного сообщения. Синхронизация активности нейронов специфической колонки-модуля в сенсорной коре с активностью нейронов, расположенных как в ассоциативных участках коры, так и в подкорковых структурах, по-видимому, и совпадает по времени с началом субъективного осознания. Заметим, что активирующее подкрепление, поступающее в различные участки коры мозга, является только частью сложного процесса, задействованного в появлении осознания ощущения.

Как же информация, передаваемая по многим афферентным путям, собирается в мозгу в целостную картину? Павлов (17) был первым, кто предположил, что «связывание» происходит в результате временной ассоциации нескольких активных нейронных центров. Наши ощущения не просто «связываются» во времени, они ещё возникают в трёхмерном пространстве. Раскрыть эту загадку помогли эксперименты Окифа и Нейдла (18), где было показано, что в гиппокампе крыс формируется мультисенсорное представление окружающего пространства. Когда крыса ходит по клетке, в «нейронах места» потенциалы действия запускаются лишь тогда, когда она занимает определённое положение. Мозг разбивает окружающее пространство на множество небольших перекрывающихся областей и каждая из них представлена активностью определённых клеток в гиппокампе. Ответ на вопрос о том, как мозг переключает и удерживает значимость одной афферентной

информации и подавляет осознание других активных афферентных модулей, находится в руках учёных, изучающих физиологические механизмы внимания.

Известно, что поступающие и встраиваемые в трёхмерное пространство ощущения от различных афферентных модальностей могут кардинально изменяться благодаря свойству мозга, которое называется вниманием. Согласно предложенной Криком (8) «прожекторной» гипотезе, вся афферентная информация, поступающая в кору мозга через релейные ядра в дорзальном таламусе, находятся под контролем нейронов неспецифических ядер таламуса. Благодаря им осуществляется избирательный контроль (активирующий или тормозной) над активностью, распространяющейся по специфическим афферентным путям. Области высокой активности нейронов коры, длящиеся примерно 100 мсек, и соответствуют «центрам внимания». Такое же избирательное влияние на афферентный поток оказывают и нейроны префронтальной коры мозга, которые «решают» подавить или усилить восходящую активацию а, следовательно, и осознаваемое ощущение.

Возвращаясь к нейронным модулям, замечу, что исследуя активность нейронов, участвующих, например, в реализации видения и осознания простого предмета, учёные предполагают получить динамическую модель нейронного коррелята элементарного восприятия. Угадывание по томографической картинке реального предмета, который показывают испытуемому, становится все более успешным. Результаты предполагают, что в коре мозга локализируются участки, в которых представляются глобальные смысловые ассоциации, связанные с домом, едой и манипулируемыми предметами. Одна из трудностей подобных исследований состоит в низкой разрешающей способности существующих томографов. Другая трудность состоит в выделении из общего (бессознательного и сознательного) «потоков активности», анатомической конфигурации только тех нейронных модулей, которые обеспечивают сознательную компоненту. Третья трудность состоит в самой относительности динамической природы синаптических связей нейронных модулей. Я уже упоминал выше, что «коннектом функционального модуля» может медленно изменяться из-за пластичности синаптических связей.

Проблему «раздражение — субъективно осознанное восприятие» часто сводят к двум рабочим гипотезам. Одна, высказанная Кохом (16), предполагает, что каждый сознательный результат восприятия, т.е. «осознанного ощущения», связан с конкретным объединением нейронов, функционирующих определённым

образом. По Коху, различные группы нейронных модулей генерируют различные явления сознания и приемлемыми кандидатами на эту роль являются пирамидные нейроны 5-го слоя коры мозга. Интересно отметить тот факт, что ЛСД и другие галлюциногены, модифицирующие сознание, активируют именно серотониновые рецепторы на пирамидных клетках 5-го слоя.

Другая гипотеза, развиваемая Грендфилдом (16), предполагает, что для возникновения сознания не важны особые свойства нейронов. Эта «модель сознания» впитала в себя многочисленные результаты экспериментов по поиску нейронов, отвечающих за включение и выключения сознания в условиях погружения или выхода испытуемых из наркоза. У всех подопытных, пробуждающихся от наркоза, активность нейронов в мозгу возрастала, но сходства в распределении активных зон не было обнаружено. Поэтому был сделан вывод, что различие между сознательным и бессознательным мозгом определяется только тем критическим уровнем активных связей, достижение которого и «включает» сознание, т.е. происходит что-то похожее на «фазовый переход», как, например, вода при охлаждении внезапно превращается из жидкости в лёд. Заметим, что во всех перечисленных выше исследованиях, ищется только корреляция между активностью нейронов мозга и субъективно возникающими ощущениями, но не ставится еще вопрос о том, как одно превращается в другое.

Мы видим мир и думаем, что он вне нас, хотя он — только наше мысленное представление о нем, возникающее внутри нас. Нам недостаёт понимания того, как физическое и мысленное события могут быть одним и тем же событием. Замечу, что осознание этого факта пришло давно и породило у исследователей множество спекуляций. Самое простое и распространённое предположение ассоциируется с часто приводимым примером аналогии с молекулой бензола. Есть отдельные атомы углерода и водорода с их свойствами, и есть бензольное кольцо, состоящее из этих же атомов, но обладающее уже другими свойствами. Многие склонны считать, что в нейронных коррелятах, включающих не только нейронные колонки определённой модальности, но и синхронно активируемые с ними нейроны ассоциативной и префронтальной коры, возникает новое семантическое качество. Таким образом, нейронный коррелят рассматривается уже как специфический семантический символ. Вот что по этому поводу пишет Хофштатер (19): «Между двумя языками, субъективным и объективным, большая разница. Например, «субъективное» чувство красного и «объективная» длина волны, соответствующая красному цвету.

Многим людям эти языки кажутся в принципе несовместимыми. Мне кажется, они не более несовместимы, чем два восприятия Эшеровских рисующих рук. Мы можем смотреть «изнутри системы», где руки рисуют одна другую, и извне, где Эшер рисует обе руки. Субъективное ощущение красного появляется благодаря самосознанию в мозгу. Объективная длина волны соответствует взгляду извне системы. Хотя никому не удастся выйти из системы настолько, чтобы увидеть «всю картину разом», мы не должны забывать, что такая картина существует».

Интересные предположения в этом плане рассматриваются в текстах и докладах К. Анохина (20). Единичные семантические символы, обозначенные им как «когни», соединяются в пределах мозга в когнитивную сеть или «когнитом». Они настраиваются над нейронными сетями мозга или коннектомом. В настоящее время мы располагаем очень приблизительной картой «когнитомов» мозга и только фрагментарными знаниями о «коннектопе» крошечных и специфических участков мозга. Однако прогресс методических возможностей дают надежду на интенсификацию исследований как когнитивных, так и коннективных сетей мозга.

Пожалуй, на этом стоит остановиться в рассмотрении проблемы нейрофизиологических основ субъективности сознания. Зачем я все это написал? Главная причина, побудившая меня к написанию очень проста. Мысль о том, что все наши представления о мире вне нас и внутри нас зарождаются в мозгу и полностью зависят от его слаженной работы, потрясает воображение. Мне думается, что разгадка механизмов работы мозга есть наиглавнейшая задача науки. Конечно, я отдаю себе отчет в том, что на изложенном мною «скелете» понимания

нейрофизиологического механизма передачи и запоминания даже элементарного «ощущения», нависают, как ракушки на днище корабля, множество пока безответных вопросов. Если рассматривать данную проблему с точки зрения «модельно-зависимого реализма», то надо признать, что у нейрофизиологов и когнитивных психологов ещё нет достаточного количества данных для построения модели простого ощущения. Нейрофизиологи все ещё рассматривают сознание как неизвестную способность мозга представлять возникающие ощущения в виде постоянно меняющейся картины информационного отражения этих ощущений, получаемых в результате физиологической жизни тела и мозга. Замечу, однако, что все утверждения философов о невозможности с помощью научных методов решить проблему сознания, основываются на уровне сегодняшних знаний о мозге. Утверждается, что количество и качество этого знания достаточно, чтобы сделать заключение о принципиальной неразрешимости «трудной проблемы сознания». Думается, что подобное заключение философов преждевременно. Я разделяю точку зрения Хьюбела (10), который написал: «Мы поняли, что открытие рецептивных полей с центром и периферией и клеток с ориентационной избирательностью — это лишь два этапа в разгадке головоломки, содержащей сотни подобных этапов. Наша способность разгадать даже малую часть процессов, связанных с восприятием, мышлением, эмоциями, говорит нам, что полное понимание принципиально возможно...». Нейробиология и когнитивная психология находятся на пути, который, несомненно, приведёт их к более глубокому пониманию, как мозговых процессов, так и субъективных ощущений, порождаемых ими.

Литература

1. Чалмерс Д. Сознательный ум. В поисках фундаментальной теории. 2013.
2. Nagel T. What is it like to be a bat? Philosophical Review. 1974
3. Сёрль Д. Открывая сознание заново. М. Идея-Пресс, 2002.
4. Penroux R. Shadows of the Mind. A Search for the Missing Science of Consciousness. 1994.
5. Minski M. The Emotion Mashine. Simon and Schuster, 2006.
6. Коллендер Б. Природа Информации. альманах «Лебедь», 684, 2013.
7. Hawking S., Mlodinov L. The Grand Design, NY. 2010.
8. Crick F. The Astonishing Hypothesis. The scientific search for the soul. NY. 1995.
9. Эдельман Д., Маунткастл В. Разумный Мозг. Из. Мир, 1981.
10. Хьюбел Д. Глаз, мозг, зрение. Из. Мир, 1990.
11. Кэндел Э. В Поисках Памяти. Из. Corpus, 2012.
12. Сеунг С. Коннектом. Как мозг делает нас тем, что мы есть. Из. Синописис, 2014.
13. Libet B. Mind Time. HU press, 2004.
14. Мэгун Г. Бодрствующий мозг. Из. Мир, 1965.
15. Джаспер. Ретикулярная формация мозга. Сборник работ под ред. Джаспера. Медицина, 1962.
16. Кох К., Гринфилд С. Как рождается сознание? В мире науки (1), 2008.
17. Павлов И. Условный Рефлекс. , Изд. Лениздат, 2014.
18. O'Keefe and Nadel L. The hippocampus as a cognitive map. Oxford University Press, 1978.
19. Hofstadter D. Godel, Escher, Bach: ab Eternal Golden Braid. Basic Books, Inc. 1979.
20. Анохин К. Разумный мозг: гиперсетевой принцип организации высших нервных функций. 8-е Симоновские чтения. 2016.

Метааналіз наукових підходів в дослідженні критеріїв «обмеженої осудності» при аномальній сексуальній поведінці

Козерацька О.А.

Київський міський Центр судово-психіатричної експертизи. м. Київ
Національна медична академія післядипломної освіти ім.П.Л. Шупика

Резюме. В статті проведено теоретичний аналіз наукових підходів к судово-психіатричеській оцінці осіб, що вчинили сексуальні злочини. Дано визначення поняття «парафілія», згідно діючої МКБ, виявлені її недоліки і можливі перспективи змін в наступній МКБ. Проведено аналіз застосування категорії «обмеженої вменюваності» в різних кримінальних кодексах європейських країн, показано необхідність внесення певних змін в діючий кримінальний кодекс України стосовно можливості визнання «обмежено вменюваними» осіб, які страждають парафіліями (в т.ч. педофілією) і застосування до них відповідного покарання і примусових заходів медичного характеру.

Ключові слова: судово- психіатричеська експертиза, вменюваність-обмежена вменюваність-невменюваність, сексуальні злочини, розлади сексуального влечення.

Psychiatric aspects of the evaluation of persons who have committed sexual offenses

Kozeratskaya E.A.

Kyiv city center for a forensic psychiatric examination
National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupik

Resume. In article the theoretical analysis of scientific approaches to forensic-psychiatric assessment of the persons who committed sex crimes is carried out. Definition of the concept «paraphilia», according to the operating MKB is given, its disadvantages and the possible prospects of changes in the following MKB are taped. The analysis of use of category of "a limited sanity" in various criminal codes of the European countries is carried out, need of entering of certain changes into the existing criminal code of Ukraine concerning a possibility of recognition «limited responsibility» persons who suffer from paraphilias (including a pedophilia) and uses concerning them the corresponding punishment and coercive measures of medical character.

Key words: forensic psychiatric examination, responsibility — limited responsibility — irresponsibility, sexual offenses.

Актуальність

Боротьба із злочинністю, і, зокрема, сексуальною злочинністю, є одним з найважливіших напрямів забезпечення національної безпеки України. Право на сексуальну свободу, право на сексуальну недоторканість, право на недоторканість сексуального життя є похідними від особистих прав людини, а саме права на свободу і особистості недоторканість, недоторканість приватного життя [1]. Громадська небезпека цього виду правопорушень визначається рядом несприятливих тенденцій в її структурі та динаміці, що визначає високу значущість проблеми судово-психіатричної оцінки осіб, які скоїли насильницькі дії проти статевої недоторканості і статевої свободи особистості. У структурі сексуального насильства виявляється зростання агресивності, жорстокості злочинців, зростання числа тяжких зґвалтувань, серійної сексуальної агресії [2].

За узагальненими світовими даними, кількість лише зафіксованих сексуальних деліктів зросла в останні десятиріччя удвічі [3,4, 5]. Дані МВС України за останні роки підтверджують стабільно високий рівень цього виду злочинності в нашій країні. Найбільш поширеним і

небезпечним серед статевих злочинів є зґвалтування — статеві зносини із застосуванням фізичного насильства, погрози його застосування або з використанням безпорадного стану потерпілої особи [6].

Глибоке розроблення підходів до вивчення статевих злочинів належить одному з родоначальників сексології і сексопатології німецькому психіатру Крафт-Ебінгу Р. [7]. Автор не тільки класифікував і описав більше двохсот випадків розладів статевої поведінки, більшість з яких мали явні протизаконні риси, але й майже безапеляційно відніс більшість осіб, що скоюють сексуальні злочини до області компетенції лікарів-психіатрів [7]. В наш час встановлено, що у 72 % осіб, що вчинили зґвалтування, діагностуються ті або інші психічні аномалії [8], тобто у більшості випадків розлади потягів виникають на тлі інших психічних розладів: шизофренії, психопатії, розумової відсталості, органічних уражень головного мозку різного походження [9, 10, 11]. Зважаючи на це, дослідження причин та мотивації зґвалтувань, що вчиняються особами з психічними розладами, механізмів формування девіантної сексуальної поведінки, що призводить до зґвалтування,

вдосконалення методів діагностики та корекції є актуальним завданням. При цьому, перш за все необхідним є виявлення основного, ведучого психічного захворювання, оцінка його вираженості, здатності особи, що страждає на це захворювання, усвідомлювати характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними. Тобто мова йде про встановлення осудності, обмеженої осудності чи неосудності таких хворих [12].

Сучасне кримінально-процесуальне законодавство зобов'язує призначити судово-психіатричну експертизу, коли виникає сумнів в осудності підозрюваного або звинувачуваного, яка доручається фахівцям в області психіатрії — психіатру-експерту або комісії експертів, але право визнати особу неосудною належить виключно суду [13, 14]. Так, непослідовність поведінки підекспертного при різних допитах, що полягає у періодичній відмові від даних раніше показань з наступним їх підтвердженням, варіативність даних, що вони повідомляють, при оцінці сукупності показань, дозволяє будувати кілька діагностичних гіпотез. В одних випадках це відображає захисну поведінку, дисимуляцію реалізованих у делікті парафільних потягів у процесуально дієздатних осіб або осіб з психічними порушеннями, що не перешкоджають здатності давати показання, в інших — наявність психічних розладів, що порушують здатність сприймати як внутрішню, так і зовнішню сторони значущих обставин, насторожує щодо наявності феномену псевдологіки, що здатний обмежувати відтворення обставин справи [15].

У більшості випадків застосування категорії обмеженої осудності передбачає хворобливі процеси психіки, але на здатність усвідомлювати значення своїх дій і (або) керувати ними впливають й інші процеси, що не відносяться до хворобливих, наприклад, деякі передхворобливі стани, гострі реакції психіки на стрес, реактивні стани тощо — так звані пограничні стани і аномалії психічного розвитку, що не досягають рівня психічного захворювання [16, 17].

Prentky R. (2005) прийшов до висновку, що існують певні внутрішні механізми, що стимулюють прагнення до неодноразових сексуальних вбивств. Ці механізми були виявлені у певній групі осіб з нав'язливими фантазіями, які проявлялися у вигляді насильницьких уявлень про вбивства і зґвалтування. Виявлені закономірності формування девіантної сексуальної поведінки свідчать про існування певних етапів її розвитку, що відбивають поступовий перехід неусвідомлених інстинктивних потягів у свідомість [18].

Сексуальні перверсії (збочення) в осіб з психічними аномаліями формуються під впливом різних чинників — генетичних, ендокринних, неврогенних і психофізіологічних. При психічних

аномаліях порушується ієрархізованість мотивів статевого акту, відбувається блокування соціально-обумовлених мотивів (наприклад, комунікаційних). Сексуальні перверсії розвиваються далеко не у всіх осіб з розладами психіки, що пояснюється наявністю або відсутністю певних передумов [19].

Психічні аномалії, починаючи з перших років життя людини, можуть перешкоджати виникненню і розвитку адекватних статево-ролевих установок, усвідомленню себе в якості рівноправного і рівноцінного учасника сексуальних стосунків [20, 21]. Так, психопатії і наслідки черепно-мозкових травм здатні сформувати відчуття своєї сексуальної неповноцінності, недостатності. Більше того, в ранньому віці, наприклад, у дітей чоловічої статі можуть бути закладені основи суб'єктивно-спотвореного сприйняття жінки, як загрозової, руйнівної сили. В силу цього у дорослому житті чоловік в стосунках з представницями протилежної статі починає займати оборонну позицію, де кращий спосіб захисту — напад. Цим пояснюють ті факти, що багато зґвалтувань, що здійснюють злочинці з психічними аномаліями, супроводжуються жорстоким побиттям і знущаннями [22].

Як відомо, парафіліями визнаються зміни сексуального потягу, якщо вони включають «незвичайні предмети чи вчинки» і/або «якщо індивід поступає у відповідності з цими потягами або випробовує значний дистрес через них» [23]. Введення в психіатрію терміну «парафілія» було обумовлене необхідністю акцентувати увагу на медичних аспектах девіантного сексуального потягу на противагу моральній оцінці, яку несли в собі поняття «збочення», «відхилення», «перверсія» тощо, оскільки будь-яка класифікація парафілій віддзеркалює пануючі в суспільстві уявлення про нормальну сексуальну поведінку і сексуальну поведінку, що відхиляється [24]. У Діагностичному і статистичному керівництві по психічним захворюванням (DSM-IV, 1994) загальними для всіх парафілій є два критерії [25]: А. Існування на протязі не менш 6 місяців інтенсивних сексуально збуджуючих фантазій, сексуальних потягів або поведінки, що періодично повторюються; Б. Фантазія, сексуальні потяги або поведінка викликають клінічно значущий дистрес або порушення в у соціальній, професійній або інших важливих областях функціонування [25]. В даному визначенні підкреслюється важливість обох клінічних компонентів парафілій — ідеаторного і поведінкового. В наш час за рубежом обговорюється необхідність перегляду існуючих уявлень про конкретні розлади, а також можливість виключення деяких видів парафілій з класифікацій хвороб [26]. Так, вченими висловлюється думка про можливість включення розладів

гіперсексуальності (компульсивна мастурбація, залежність від порнографії, сексу по телефону або кіберсекса тощо) в одну групу з парафіліями. Аргументація будується на уявленнях, що розлади гіперсексуальності, як і парафілії, пов'язані з психологічною травматизацією і значними порушеннями психосоціального функціонування [27, 28]. Як і парафілії, вони супроводжуються тривогою і вимагають тривалого часу для лікування; їм часто коморбідні розлади настрою і зловживання психоактивними речовинами [29]. Kafka M.P. та Hennen J. [27] показали, що чоловіки з розладами гіперсексуальності відрізняються від осіб з парафіліями меншим числом сексуальних девіацій протягом життя, більш високим рівнем освіти, низьким рівнем схильності до фізичного або сексуального насильства. Таким чином, автори зробили висновок, що основна відмінність між розладами гіперсексуальності і парафіліями в тому, що сексуальне збудження в першому випадку реалізується санкціонованими суспільством способами [27].

У той же час, показано, що розлади сексуальної переваги мають схожу етіологію: підтверджуються результати про тісний зв'язок сексуальних девіацій з проблемами статевого розвитку соціалізації. При психічних розладах, які супроводжують сексуальні відхилення, відзначаються комунікативні труднощі, які на початку захворювання викликають проблеми при засвоєнні статево-ролевих стереотипів [30]. Abel G.G. та Osborn C. вказують, що особи з парафіліями мають тенденцію здійснювати варіації парафільної поведінки. Отримані дані спростовують більш ранні теорії, згідно з якими особи з парафіліями постійно і компульсивно повторюють однорідні види парафілій без пересікання з іншими категоріями внаслідок специфічного раннього життєвого досвіду або специфічних емоційних конфліктів [31].

Більшість авторів вказують на необхідність чіткого визначення категорії «парафілія» у проєкті наступного перегляду DSM-V (2013) [30, 32, 33]. Так, Hinderliter A.C. (2011) вказує на ряд проблем, пов'язаних з визначеннями терміну «парафілія», оскільки категорія парафілій в DSM-V, на думку автора, є надзвичайно розрізною, включаючи дуже різноманітні явища. Висловлюється думка, що в DSM-V парафілії мають бути визначені вузько, як можна чіткіше і дуже обережно, оскільки постановка діагнозу може зіпсувати життя значній кількості осіб [34].

Для створення повного уявлення про інститут осудності/неосудності необхідно звернутися до зарубіжного кримінального законодавства. Так, винесення в заголовок § 20 КК Німеччини вказівки на психічний розлад робить медичний (психіатричний) критерій переважачим при визначенні неосудності. При цьому, інтелектуальна

і вольова ознаки юридичного (психологічного) критерію неосудності виражені в досить абстрактній формі — нездатність усвідомлювати неправомірність діяння або діяти у відповідності з усвідомленням неправомірності. У § 21 «Зменшена осудність» вказано, що якщо (через одну з вказаних в § 20 причин, тобто внаслідок хворобливого психічного розладу, глибокого розладу свідомості, недоумства або іншого важкого психічного відхилення) здатність особи усвідомлювати протиправність діяння або діяти відповідно до цього розуміння була істотно зменшена при здійсненні діяння, то покарання згідно § 49, абзац 1 може бути пом'якшено [35, 36]. Стаття 39 КК Голландії не має спеціальної назви і закріплює, що особа, яка скоїла злочин, за що вона не може нести відповідальність внаслідок недопільків у розумовому розвитку або душевної хвороби, не підлягає кримінальній відповідальності, тобто кримінальний закон Голландії нормативно закріплює лише один, не повною мірою диференційований на ознаки, критерій неосудності — психіатричний, що веде до визначення неосудності як психіатричної, а не юридичної категорії [37]. Згідно статті 11 КК Швейцарії, обмежена осудність вважається встановленою, якщо під час здійснення злочинного діяння особа внаслідок розладу душевної діяльності або розладу свідомості, або внаслідок недостатнього психічного розвитку, мала знижену здатність усвідомлювати протиправність свого злочинного діяння або діяти зі свідомістю цієї протиправності. Це формулювання, де використані загальні поняття в описі медичного критерію («розлади душевної діяльності», «розлади свідомості», «недостатній психічний розвиток»), має особливість те, що в інтелектуальну ознаку включена знижена здатність усвідомлення протиправності діяння. Неповне усвідомлення протиправності свідчить тут про порушену психічну діяльність особи [38, 39]. В КК Франції обмежена осудність вважається встановленою, коли особа, яка у момент здійснення злочинного діяння була схильна до якого-небудь психічного або нервово-психічного розладу, що понизив його здатність усвідомлювати, або що заважає його здатності контролювати свої дії [40]. У КК Польщі при досить чіткому описі ознак юридичного критерію обмеженої осудності взагалі відсутня будь-яка згадка про медичний критерій. Так, обмежена осудність встановлюється, якщо у момент скоєння злочину здатність розуміти значення діяння або керувати поведінкою була значною мірою обмежена, що обумовлює використання категорії обмеженої осудності і у випадках, не пов'язаних з психічними розладами [41]. Австрійський законодавець оформив обмежену осудність інакше. У главі 4 КК Австрії «Визначення розміру покарання» (§

34 «Особливі обставини, що пом'якшують відповідальність») передбачений пункт 1, де встановлена можливість пом'якшення покарання особі, яка в силу психічних аномалій була не повною мірою здатна розуміти те, що відбувається [40]. Кримінальний кодекс Данії передбачає не обмежену осудність, а психічні аномалії як обставину, що впливає на покарання. Під психічними аномаліями розуміють стан, що не відповідає неосудності, а слідує з недостатнього розвитку, послаблення або порушення психічних здатностей, включаючи недоумство в слабкій формі [42]. У КК штату Каліфорнія (США) виділено такі поняття, як «психічний розлад», «розумовий розлад» і «душевний розлад», проте не розкриті їх значення, віддаючи вирішення цього питання на розсуд фахівців-психіатрів і зводячи суддівський розгляд у вирішенні питання про відповідальність нанівець, оскільки такий перелік може досить широко трактуватися і призводить зрештою до звільнення від кримінальної відповідальності і покарання широкого кола винних осіб [43]. Таким чином, у різних національних правових системах існують різноманітні доктринальні підходи у визначенні природи інституту осудності/неосудності

Кримінальний кодекс України (КК) передбачає норму про кримінальну відповідальність осіб з психічними розладами, що не виключають осудності. Таким чином, поряд з осудністю (частина 1 статті 19) і неосудністю, про яку йдеться в частині 2 статті 19, в кримінальному законі є норма статті 20, яка одержала назву «обмежена осудність». Відповідно до діючого законодавства здатність діяти свідомо і вільно під час вчинення злочину може бути виражена у суб'єкта у різній мірі, тобто, осудність може мати мінімум дві градації: повну і неповну (стаття 20 «обмежена осудність») [44].

Відповідно до кримінально-правової норми, закріпленої статтею 20 КК України [96], підлягає кримінальній відповідальності особа, визнана

судом обмежено осудною, тобто така, яка під час вчинення злочину, через наявний у неї психічний розлад, не була здатна повною мірою усвідомлювати свої дії (бездіяльність) та (або) керувати ними [44]. Водночас, сам термін «психічні розлади» не вказує на конкретну форму психічного відхилення, що не утворює неосудності. Більшість вчених відносить до них різного роду психопатії, олігофренію в ступені дебільності, судинні захворювання з психічними змінами, реактивні стани, шизофренію у стадії стійкої ремісії та деякі інші психічні розлади [45].

Як зазначає Зайцев О.В. (2003), осудність особи з психічним розладом і осудність особи без психічного розладу стосовно кримінальної відповідальності юридично рівнозначні, тому що суб'єкт у тому чи іншому випадку підлягає кримінальній відповідальності. Проте здатність діяти усвідомлено та керувати своїми діями при повній і обмеженій осудності неоднакова. У зв'язку з цим обмежена осудність може бути підставою для призначення осудній особі примусових мір медичного характеру та, на відміну від повної осудності, у ряді випадків може впливати на вид та розмір покарання [46]. Виходячи з проведеного аналізу співвідношення обмеженої осудності з осудністю та неосудністю, автор стверджує, що обмежена осудність є різновидом осудності, і характеризує знижену хворобливим психічним розладом здатність винного суб'єкта діяти усвідомлено та керувати своїми діями під час вчинення злочину [46].

Висновки

Таким чином вищенаведене свідчить про необхідність внесення певних змін до дійсного кримінального кодексу України відносно можливості визначення «обмежено осудними» осіб, які страждають пара філіями(в т.ч. педофілією) та призначення їм відповідного покарання та примусових заходів медичного характеру.

Література

1. Стетюха М. П. Сексуальные права человека: новый взгляд современного общества на регуляцию сексуального поведения. Историчні, філософські, політичні і юридичні науки, культурологія і искусствоведе-ние. Вопросы теории и практики. 2013. № 9. С. 189–192.
2. Михайлова О. Ю. Кримінальна сексуальна агресія: теоретико-методологічний підхід. Ростов на Дону. 2000. — 146 с.
3. Benomran F. A. Sexual crimes: different perspectives . J. Clin. Forensic. Med. 2002. Vol. 9. N 1. P. 1–4.
4. Black D. W. The epidemiology and phenomenology of compulsive sexual behavior. CNS Spectr. 2000. Vol. 5. N 1. P. 26–72.
5. Bitzer J. Sexual aggression against girls and adult women — definitions and epidemiology. Ther. Umsch. 2005. Vol. 62. N 4. P. 211–215.
6. Кримінальний кодекс України : науково-практичний коментар / за ред. : В. В. Сташиса, В. Я. Тація. К. 2003. С. 152–156.
7. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия: с обращением особого внимания на извращение полового чувства. М. 2013. 621 с.
8. Дишлевой О. Ю. Механізми регуляції сексуальної поведінки чоловіків із психічними розладами, які вчинили зґвалтування. (Диференційна діагностика, психокорекція раптофілії) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харків, 2004. 20 с.

9. Fazel S., Grann M. The population impact of severe mental illness on violent crime. *Am. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 163. N 8. P. 1397–1403.
10. Hodgins S., Cree A., Alderton J., Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol. Med*. 2008. Vol. 38. N 7. P. 975–987.
11. Putkonen H., Komulainen E. J., Virkkunen M. Risk of repeat offending among violent female offenders with psychotic and personality disorders. *Am. J. Psychiatry*. 2003. Vol. 160. N 5. P. 947–951.
12. Менделевич В. Д., Зобин М. Л. Аддиктивное влечение. М. 2012. 263 с.
13. Спасенников Б. А., Спасенников С. Б. Невменяемость в уголовном праве. Москва, 2013. 253 с.
14. Трошкин Е. З., Захаров А. С. Досудебное производство по уголовным делам об общественно опасных деяниях невменяемых лиц. М. 2010. 239 с.
15. Яковлева Е. Ю. Экспертная оценка уголовно-процессуальной дееспособности обвиняемых в сексуальных правонарушениях. *Рос. психiatr. журнал*. 2009. № 2. С. 19–25.
16. Семке В. Я. Личность в зоне пограничных расстройств. *Сиб. вестн. психиатрии и наркологии*. 2005. № 3. С. 7–10.
17. Акатова Е. А. Проблемы толкования судом пограничных состояний здоровья, ограничивающих права и свободы личности. *Рос. судья*. 2011. № 3. С. 18–22.
18. Prentky R. A sex offender as a patient. *Am. Fam. Physician*. 2005. Vol. 72. N 7. P. 1386–1389.
19. Rice M. E., Harris G. T., Lang C., Chaplin T. C. Sexual preferences and recidivism of sex offenders with mental retardation. *Sex Abuse*. 2008. Vol. 20. N 4. P. 409–425.
20. Ткаченко А. А., Дворянчиков Н. В. Полоролевая идентичность у лиц с парафилиями. *Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1999. № 2. С. 39–42.
21. Quinsey V. L. The etiology of anomalous sexual preferences in men. *Ann. NY Acad. Sci*. 2003. Vol. 989. P. 105–117.
22. Аномальное сексуальное поведение / под ред. А. А. Ткаченко, Г. Е. Введенского. СПб. 2003. 655 с.
23. Ткаченко А. А. Сексуальные извращения — парафилии. М. 1999. 461 с.
24. Witztum E., Rösler A. Paraphilia. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*. 2012. P. 49. N 4. P. 246–247.
25. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. Washington, 1994. 886 p.
26. Wakefield J. C. DSM-5 proposed diagnostic criteria for sexual paraphilias: tensions between diagnostic validity and forensic utility. *Int. J. Law Psychiatry*. 2011. Vol. 34. N 3. P. 195–209.
27. Kafka M. P., Hennen J. Hypersexual desire in males: are males with paraphilias different from males with paraphilia-related disorders?. *Sex Abuse*. 2003. Vol. 15. N 4. P. 307–321.
28. Kafka M. P. Hypersexual disorder: a proposed diagnosis for DSM-V. *Arch. Sex Behav*. 2010. Vol. 39. N 2. P. 377–400.
29. Воронко В. С. Законодавче забезпечення протидії насильницьким злочинам. *Вісн. Дніпропетровск. ун-ту ім. Аальфреда Нобеля. Сер. Юридичні науки*. 2011. № 1. С. 124–128.
30. Goethals K., Cosyns P. Sexual disorders in the DSM-5. *Tijdschr. Psychiatr*. 2014. Vol. 56. N 3. P. 196–200.
31. Abel G. G., Osborn C. The paraphilias. The extent and nature of sexually deviant and criminal behavior. *Psychiatr. Clin. North Am*. 1992. Vol. 15. N 3. P. 675–687.
32. Krueger R. B., Kaplan M. S. Paraphilic diagnoses in DSM-5. *Isr. J. Psychiatry Relat. Sci*. 2012. Vol. 4. N 4. P. 248–254.
33. Fedoroff J. P. Forensic and diagnostic concerns arising from the proposed DSM-5 criteria for sexual paraphilic disorder. *J. Am. Acad. Psychiatry Law*. 2011. P. 39. N 2. P. 238–241.
34. Hinderliter A. C. Defining paraphilia in DSM-5: do not disregard grammar. *J. Sex. Marital. Ther*. 2011. P. 37. N 1. P. 17–31.
35. Foster N. G., Sule S. German legal system & laws. Oxford ; New York, 2010. 650 p.
36. The German penal code : as amended as of December 19, 2001. Buffalo : William S. Hein, 2002. 275 p.
37. Уголовный кодекс Голландии / науч. ред. Б. В. Волженкин. 2-е изд. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2001. 509 с.
38. Swiss penal code: selected provisions relevant to business / translated by R. B.-Peters. Zurich : Swiss-American Chamber of Commerce, in cooperation with Schulthess, 2008. 170 p.
39. Уголовный кодекс Швейцарии / науч. ред., предисл. и пер. с нем. А. В. Серебренниковой. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2002. 348 с.
40. Бутов В. Н. Уголовный процесс современных зарубежных стран (Великобритании, США, Франции, ФРГ и Австрии) : учеб. пособие. Челябинск : Рекпол, 2008. 176 с.
41. Уголовный кодекс Польши : с изм. и доп. на 1 авг. 2001 г. / науч. ред. А. И. Лукашова, Н. Ф. Кузнецовой ; пер. с пол. Д. А. Барилевич. СПб. : Юрид. центр Пресс 2001. 232 с.
42. Уголовный кодекс Дании / науч. ред. С. С. Беляев ; пер. с дат. С. С. Беляева, А. Н. Рычевой. СПб. : Юрид. центр Пресс, 2001. 228 с.
43. California penal law field guide. Charlottesville, LexisNexis, 2007. 338 p.
44. Кримінальний кодекс України : закон України від 05.04.2001 р. № 2341-III. (Дата звернення 04.11.2016)
45. Горинов В. В. Понятие «иное болезненное состояние психики» в формуле невменяемости (научный обзор). *Психич. здоровье*. 2010. № 8. С. 72–76.
46. Зайцев О. В. Співвідношення осудності, неосудності та обмеженої осудності. *Держава і право*. К. 2003. Вип. 20. С. 395–399.

УДК 616.895.8:02-036

Модифікація клінічної картини розладів спектра шизофренії під впливом екзогенних факторів

Крамар Ю.А., Марценковський І.А.

Резюме. В дослідженні було обстежено 186 пацієнтів з розладами спектра шизофренії та вивчено вплив екзогенних факторів (вживання каннабіноїдів, перинатальні ускладнення, психологічні травми) на клінічний патоморфоз захворювання. Установлено, що у осіб з наявністю екзогенних факторів відзначається шизотипічне та шизоафективне розлади, тоді як особи без доказаного впливу даних факторів страждають параноїдною шизофренією. В клінічній картині було виявлено наступні особливості: у хворих з вживанням каннабіноїдів — маниакальний синдром, бредові ідеї, галюцинації та збудження, тривога; у хворих з перинатальними ускладненнями — найвища сума балів за шкалою позитивних та негативних симптомів, порушення абстрактного та стереотипного мислення, порушення спонтанності та плавності мови; у хворих, які перенесли психологічну травму — параноїдна симптоматика, ідеї величчя, труднощі в спілкуванні, порушення абстрактного мислення, стереотипне мислення, високий рівень почуттів, малоконтактність та депресія. Таким чином, отримані результати встановили відмінності клінічної картини залежно від впливу тих чи інших факторів в преморбіді.

Ключові слова: розлади спектра шизофренії, екзогенні фактори, клінічна картина.

Modification clinical course schizophrenia spectrum disorders according to influence environmental factors

Kramar Y., Martsenkovsky I.

Resume. The research based on a complex clinical, psychopathological and diagnostic examination of 186 patients with schizophrenia spectrum disorders F 20 — F 29 to observe influence of environment factors, namely the using of cannabinoids, perinatal complications and psychological injury to the peculiarities of manifestation.

It was found that the people with the presence of environment factors observed schizotypal and schizoaffective disorders, whereas individuals without these factors proven suffer from paranoid schizophrenia. Patients which used cannabinoids most often suffer from schizoaffective disorder, the clinical view was manic syndrome with predominance of delusional ideas, hallucinations, agitation, and other psychiatric symptoms such as anxiety, unusual thoughts content, contactless, refusal of cooperation, poor communication, disorientation. Patients with perinatal complications suffer simple form of schizophrenia, among this category was the highest sum of positive and negative scale, mainly due to negative symptoms, the clinical picture is dominated by stereotypic, violation of abstract thinking, breach of spontaneity, smoothness of speech, disorientation, breach attention. In patients who were subjected to psychological injury occur schizotypal and schizoaffective disorder with prevalence of paranoid symptoms, where the clinical view of the disease characterized by the idea of greatness, difficulties in communication, violation of abstract thinking, stereotypical thinking, high level of guilt and depression.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, environment factors, clinical course.

Актуальність. Шизофренія є хронічним захворюванням з тривалістю протягом усього періоду життя пацієнта і поширеністю 0,5-1 % у всьому світі [1]. На противагу ендемічній теорії, поставало питання впливу факторів зовнішнього середовища на розвиток даного розладу. Ендемічними факторами в етіології вважаються ті, які відносяться до генетичної передиспозиції, екзогенними — зміни, які відбуваються в організмі під впливом зовнішніх чинників: інфекційного, токсичного, травматичного чи іншого походження. Таким чином відбувається кореляція ендемічних та екзогенних факторів, діючи на фоні генетичної передиспозиції, сприяючи більшій вразливості індивіда до розладів спектра шизофренії [2]. Патогенетичний розвиток психічних розладів в підлітковому віці має досить суттєвий тягар коморбідності та атиповості [3], тому основною потребою лікаря стає вдосконалення теоретичних знань щодо факторів, які впливають на клінічну картину, та розроблення рекомендацій щодо профілактики РСШ на різних етапах захворювання.

Метою дослідження було вивчити вплив екзогенних факторів на клінічну картину розладів спектра шизофренії.

Матеріали та методи

Було обстежено 186 пацієнтів з встановленим діагнозом розладів спектра шизофренії F 20–F 29 згідно діагностичних критеріїв МКХ–10, поділені на групи: перша (ПГ)–60 осіб пацієнти зі вживанням каннабіноїдів в доманіфестному періоді; друга (ДГ) підгрупа–30 хворих, у яких були фіксовані ускладнення перинатального періоду; третя (ТГ) підгрупа–30 пацієнтів, у яких були свідчення перенесеної психологічної травми в віці. Група порівняння (ГП) складалася з 66 пацієнтів з розладами спектра шизофренії без доведених фактів впливу екзогенних факторів. Проводилося детальне вивчення відомостей анамнезу життя та захворювання хворого, заповнювалася формалізована карта, яка включала детальний збір фактів впливу екзогенних. Психопатологічні порушення оцінювалися за допомогою шкали позитивних і негативних синдромів шизофренії (Positive and

Negative Syndrome Scale — PANSS) (S.R. Kay et al., 1987) та шкали глобального функціонування (англ. Global Assessment of Functioning Scale, скорочено GAF).

Результати

Аналіз нозологічної структури захворюваності у досліджуваного контингенту хворих показав, що в ПГ переважали пацієнти з встановленим діагнозом шизоафективного розладу (43,3%, $p < 0,001$), найчастіше маніакального типу. В ДГ у пацієнтів переважали проста шизофренія (30,0%, $p < 0,001$) та шизотиповий розлад (26,7%, $p \geq 0,05$). У пацієнтів ТГ найчастіше спостерігалися шизотиповий (33,3%, $p < 0,05$) та шизоафективний розлади (26,7 %, $p < 0,005$), тоді як серед пацієнтів ГП у 33,3% зустрічалася параноїдна шизофренія ($p < 0,05$). За провідним психопатологічним синдромом переважала галюцинаторна та параноїдна симптоматика (рис.1).

В ПГ найбільш вираженою була маніакальна симптоматика 36,3% ($p < 0,001$). Частота

депресивної симптоматики була найвищою 30,0% ($p < 0,05$) у хворих ДГ. В ТГ найбільш вираженою була параноїдна симптоматика з депресивним компонентом (33,3%, $p < 0,001$). В ГП апато-абулічна симптоматика істотно переважала над усіма іншими і становила 33,4 %. Неврозоподібні та психопатоподібні синдроми були найменш вираженими у всіх групах.

При детальному аналізі клінічної картини захворювання, оцінювалася позитивна, негативна та загальнопсихопатологічна симптоматика оцінювалася за кожною групою симптомів (таб.1).

Виявлено, що загальна сума балів була найвищою в ДГ ($94,4 \pm 23,3$ балів). В інших групах кількість балів становила від 80,1 до 87,9. Дані відмінності між групами були несуттєвими та не відповідали критеріям достовірності міжгрупових відмінностей ($p = 0,139$). Показник позитивної психотичної симптоматики був достатньо високим в усіх досліджуваних групах, його значення коливалося від 22,9 у ГП до 24,3 у ПГ. Найвищий показник відмічався у ПГ, де середня кількість

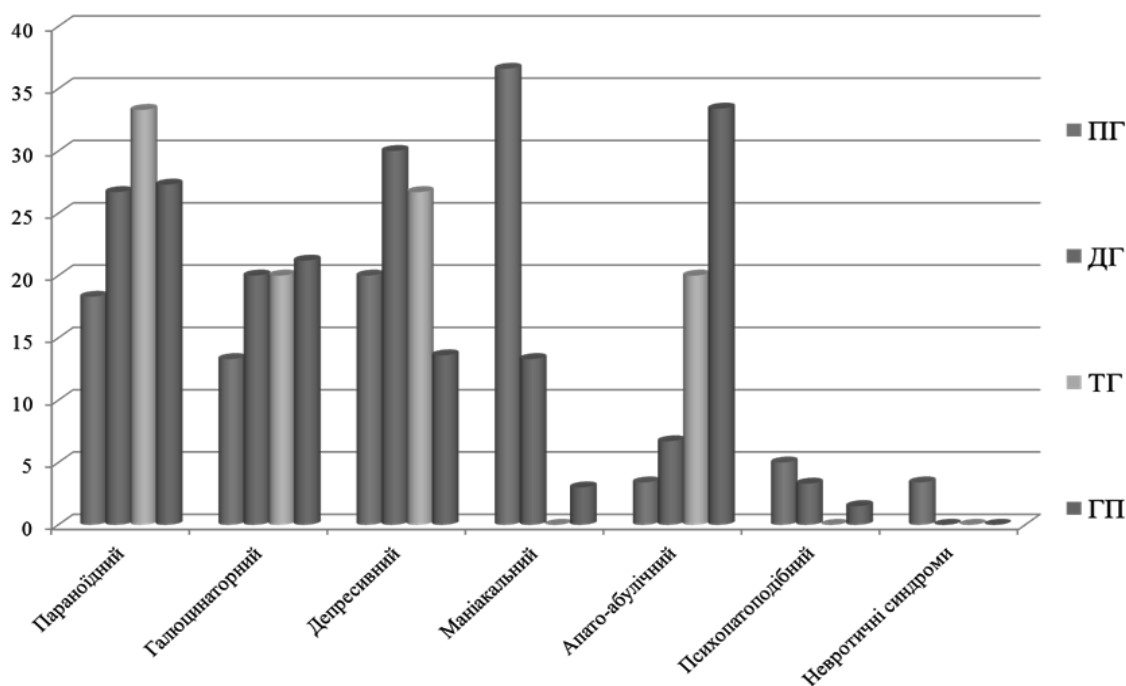


Рис. 1
Синдромальна структура рандомізованих хворих

Таблиця 1
Виразність психопатологічної симптоматики за шкалою PANSS

Показники	ПГ N=60		ДГ N=30		ТГ N=30		ГП N=66		Значення критерію p
	М	σ	М	σ	М	σ	М	σ	
PANSS-Σ	87,9	18,7	94,4	20,7	81,2	18,1	80,1	20,7	0,139
PANSS-P	24,3	7,2	23,3	7,0	23,8	6,6	22,9	6,2	0,696
PANSS-N	22,9	7,2	27,0	8,7	26,8	8,5	23,5	7,6	0,013
PANSS-G	41,5	13,6	32,0	13,6	30,7	9,5	33,9	11,5	0,001

балів становила $24,3 \pm 7,2$. Негативна симптоматика у досліджуваних групах мала суттєві відмінності та була найвищою у двох групах: ДГ, де показник становив $27,0 \pm 8,7$ бала, і в ТГ, де кількість балів за даною шкалою сягала $26,8 \pm 8,5$. Аналіз даних показав, що у пацієнтів ДГ та ТГ відмічається достовірна перевага негативної симптоматики, у порівнянні з пацієнтами без впливу даних факторів ($p=0,013$). Щодо шкали загальних психопатологічних симптомів, перевагу показала ПГ, де цей показник був достовірно найвищим і становив $41,5 \pm 13,6$ ($p=0,001$).

За шкалою позитивних симптомів було помічено переважання маячних ідей, галюцинацій та збудження у структурі клінічної картини у пацієнтів зі вживанням канабіноїдів. Так, середня кількість балів за шкалою маячення у ПГ становить $5,0 \pm 0,6$ ($p=0,004$), за шкалою галюцинацій— $4,7 \pm 0,4$ ($p=0,002$) та збудження $4,3 \pm 1,2$ ($p=0,004$). Перевага активної продуктивної симптоматики не є неочікуваною та підтверджує гіпотезу про те, що при умові вживання канабіноїдів, більш виражена продуктивна психотична симптоматика у вигляді галюцинацій та маячних ідей та збудження.

Аналіз за негативної симптоматики показав, що в ПГ негативна симптоматика була достатньо вираженою за усіма показниками. Достовірно значима різниця з ГП була відмічена за показниками притупленого ефекту ($5,0 \pm 0,6$ балів, $p=0,044$) та стереотипного мислення ($5,1 \pm 0,8$ балів, $p=0,026$). В ДГ високими були такі показники як порушення спонтанності та плавності мовлення ($6,0 \pm 1,7$, $p=0,331$) та абстрактного мислення ($5,8 \pm 0,2$ балів, $p=0,014$), стереотипне мислення ($5,4 \pm 0,4$ балів, $p=0,005$). Найменшим серед усіх досліджуваних груп в ДГ був показник притупленого афекту ($4,7 \pm 0,6$, $p=0,029$). Пацієнти з ТГ достовірними були відмінності у труднощах у спілкування ($5,3 \pm 0,6$ балів, $p=0,051$), порушенні абстрактного мислення ($6,0 \pm 0,2$ балів, $p=0,044$) та стереотипному мисленні ($4,9 \pm 0,3$ балів, $p=0,014$). Високу кількість балів пацієнти ТГ показали за шкалою спонтанності та плавності мовлення ($5,27 \pm 1,4$ балів, $p=0,350$) та притупленого ефекту ($6,0 \pm 1,4$ балів, $p=0,890$), проте критерій значимості переважав критичне значення. У ГП найвищим був показник за шкалою притупленого афекту ($6,2 \pm 0,3$ балів, $p=0,298$), проте даний та інші показники не відповідали рівню значимості, за виключенням за шкалою стереотипного мислення, де спостерігались найнижча кількість балів серед усіх груп ($2,0 \pm 1,1$ балів, $p=0,012$).

За загальнопсихопатологічною шкалою PANSS-G було також виявлено суттєві відмінності в клінічній картині: у хворих ПГ переважали такі симптоми: тривога ($4,0 \pm 0,8$ балів,

$p=0,029$), незвичайний вміст думок ($3,9 \pm 0,5$ балів, $p=0,019$), малококтатність, відмова від співпраці та низький рівень спілкування ($3,4 \pm 0,8$ балів, $p=0,078$), дезорієнтованість ($3,4 \pm 0,2$ балів, $p=0,031$). Найвищим був показник за шкалою тривоги, яка була більш вираженою у пацієнтів з нетривалим періодом захворювання. У хворих ДГ часто відмічалися високі показники за такими ознаками, як порушення уваги ($4,6 \pm 1,0$ балів, $p=0,019$), дезорієнтованість ($3,2 \pm 1,0$ балів, $p=0,633$), а також соматична стурбованість ($3,4 \pm 1,4$ балів, $p=0,647$). Пацієнти ТГ мали найвищий рівень відчуття провини $4,0 \pm 1,2$ балів ($p=0,117$). Менш вираженими були малококтатність ($3,1 \pm 1,0$ балів, $p=0,551$) та депресія ($3,2 \pm 1,0$ балів, $p=0,889$), проте розбіжності між ТГ та ГП були не достовірними та пацієнти ТГ мали перевагу за тими ж симптомам, що в ГП.

Обговорення. Вивчення раніше проведених досліджень щодо вивчення ролі екзогенних факторів в розвитку розладів спектра шизофренії доводять, що важливий вплив мають ускладнення вагітності матері, перенесені захворювання в перинатальному періоді, пізній вік батьків при зачатті, психологічне травмування в дитячому віці, насилля, наявність соціальної депривації, вживання канабіноїдів. Дані фактори впливають на дебют захворювання, перебіг, вираженість та розвиток дефекту, рівень соціального функціонування. Екзогенні фактори діють протягом критичних етапів розвитку індивіда: в антенатальному періоді: під час вагітності матері та протягом перших днів життя (шкідливості під час вагітності, вживання препаратів, перенесені інфекції, ускладнення при пологах, невисока вага при народженні, асфіксія, резус несумісність, ендокринопатії та інші); в ранньому дитячому віці: психологічне травмування, порушення батьківсько-материнської прив'язаності, насильство в сім'ї, соціальна та емоційна депривація та інше; в підлітковому віці: вживання психоактивних речовин, особливо канабіноїдів, низький соціальний рівень, безробіття, урбанізація, еміграція, расова дискримінація, несприятлива ситуація в сім'ї, незадовільні умови проживання та інше. За характером дії екзогенні чинники поділяються на передиспонуєчі, преципітуючі та підтримувальні: 1) передиспонуєчі, які визначають ступінь вразливості індивіду: конституційна особливість, особистісні риси, характер, спадкові чинники, перинатальні впливи; 2) преципітуючі, тобто події, які передують маніфестації: стрес, соціальні фактори, вживання ПАР; 3) підтримувальні, які сприяють подальшому розвитку захворювання: соціальне середовище, відсутність лікування, коморбідні захворювання.

На основі даного дослідження, при аналізі виразності психопатологічної симптоматики у

досліджуваних групах виявлено значиму відмінність щодо переважання негативної симптоматики у групах пацієнтів з екзогенними впливами в перинатальному періоді та з психологічним

травмуванням в ранньому віці. Також було помічено значимо достовірну перевагу рівня загальної психопатологічної симптоматики у групі, де пацієнти вживали канабіноїди в преморбіді.

Література

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. — American Psychiatric Association, 1994. — 546 p.
2. Number of older siblings of individuals diagnosed with schizophrenia / [C. McDonald, E. O. Callaghan, F. Keogh et al.]. // J. Schizophr. Research. — 2001. — № 47 (2-3). — P. 275-80.
3. Пилягина Г. Я. Применение многоосевой классификации МКБ -10 в преподавании психиатрии / Г. Я. Пилягина, О. А. Насинник // Зб.наук.праць співробіт.НМАПО імені П.Л.Шупика 24 (2). — 2015. — С. 573– 579.

Клініко-психопатологічні прогностичні фактори перебігу первинних депресивних розладів

Марута Н.О., Панько Т.В., Федченко В.Ю., Семікіна О.Є.

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Резюме. Результаты исследования свидетельствуют о влиянии на тяжесть первичных депрессивных расстройств, их течение и исход таких факторов, как длительность эпизода, фиксация на факторах психической травматизации и структура клинической картины, что представляет прогностическую ценность для диагностики и терапии этих состояний.

Ключевые слова: первичные депрессивные расстройства, диагностика, факторы прогнозирования.

Modification clinical course schizophrenia spectrum disorders according to influence environmental factors

Kramar Y., Martsenkovsky I.

Resume. Results of the study show the impact on severity of primary depressive disorders, their course and outcome of such factors as the duration of the episode, fixing on the factors of mental trauma and structure of their clinical picture, which has predictive value for the diagnosis and treatment of this pathology.

Keywords: primary depressive disorders, diagnosis, prediction factors.

Депресія є однією з ключових патогенетичних, клінічних та методологічних невирішених проблем сучасної психіатрії. При цьому, медико-соціальні наслідки депресивних розладів добре відомі та мають виняткове значення. Депресія порушує соціальні функції індивіда, призводить до тимчасової або стійкої втрати працездатності, різкого погіршення якості життя, стає причиною суїцидів [1-3].

В той же час, головною умовою успіху медичної допомоги при депресивних розладах є своєчасна діагностика та вибір адекватної терапії, але ця проблема є далекою від вирішення. Одним із важливих аспектів на цьому шляху є визначення факторів прогнозу формування, перебігу та виходу депресивних розладів, що суттєво сприятиме зменшенню чисельності розладів із затяжним та хронічним перебігом [4-6].

Мета дослідження — на основі вивчення клініко-психологічних та анамнестичних особливостей у хворих на первинні депресивні розлади визначити фактори, які впливають на формування, перебіг та вихід даної патології.

Для реалізації поставленої мети у відділі неврозів та граничних станів ДУ ІНПН НАМН були обстежені 40 хворих на первинні депресивні розлади різного ступеню важкості. Діагноз був встановлений з урахуванням критеріїв МКХ-10 (F 32.0, 32.1, 32.2).

Використовувався комплексний методичний підхід, що включав клініко-психопатологічний метод з використанням психометричних шкал (Шкала Гамільтона (HDRS), Шкала загального клінічного враження (CGI)) та статистичні методи дослідження (точний метод Фішера, t-критерій Стюдента, кореляційний та факторний аналізи).

Серед хворих на первинні депресивні розлади переважали жінки — 77,50 % осіб, які належали до вікової групи від 40 до 49 років — 32,50 % осіб, мали вищу освіту — 47,50 % осіб, проживали в місті — 70,00 % осіб, перебували у шлюбі — 62,50 % осіб, належали до категорії працюючих — 57,50 % осіб, серед яких більшість займалися розумовою працею — 69,57 % осіб.

Під час дослідження був проведений ретельний аналіз анамнезу захворювання. Так, тривалість депресивного епізоду в обстежених хворих у більшості випадків складала від 2-х тижнів до 6-ти місяців (40,00 %). У значній кількості обстежених тривалість епізоду становила більше 12 місяців (35,00 %). Тривалість епізоду від 6-ти до 12-ти місяців спостерігалася у 25,00 % випадків. При цьому, 57,50 % пацієнтів при опитуванні безпосередньо пов'язували розвиток захворювання внаслідок дії психогенних чинників. В структурі виявлених факторів психічної травматизації переважали соціально-психологічні — 34,78 % (зокрема, «невпевненість в завтрашньому дні» (страх погіршення соціально-економічного становища в майбутньому / зміни умов життя в цілому), інформація ЗМІ) та соціально-економічні — 26,09 % (зокрема, погіршення / незадоволеність матеріально-побутовим становищем, погіршення / втрата соціального статусу) чинники.

Клінічна картина первинних депресивних розладів мала специфічну синдромальну структуру, що включала афективні (100,00 % хворих), мотиваційно-вольові (85,00 % хворих), когнітивні (87,50 % хворих), психомоторні (52,50 % хворих) та соматичні прояви, такі як порушення базових функцій (розлади сну, порушення апетиту, втрата ваги, зниження статевого потягу) (82,50 % хворих), порушення вітального тону функцій

(фізична стомлюваність, млявість та зниження енергії) (87,50 % хворих), неприємні тілесні відчуття (62,50 % хворих) та вісцеральні симптоми (52,50 % хворих).

Для об'єктивізації оцінки клінічної структури, вираженості епізоду та його редукції в динаміці використовувалися психометричні шкали: шкала депресії Гамільтона (HDRS, оцінка на 1-й та 24-й день перебування у стаціонарі), шкала загального клінічного враження (CGI — CGI-S і CGI-I, оцінка на 1-й і 24-й та 7-й і 24-й дні перебування у стаціонарі відповідно).

Детальний аналіз середнього значення балів за пунктами шкали HDRS представлений на рис. 1. З рис. 1 видно, що найбільші показники у хворих на первинні депресивні розлади до початку комплексної терапії (фармако- та психотерапії) відзначалися за наступними шкалами: 1 — Депресивний настрій ((2,60 ± 0,59) балів), 7 — Робота та діяльність ((2,18 ± 0,93) балів), 10 — Психічна тривога ((1,90 ± 0,67) балів), 11 — Соматична тривога ((1,88 ± 0,79) балів). Оцінка стану хворих в динаміці продемонструвала, що вираженість клінічних проявів за переважною більшістю пунктів шкали HDRS (73,91 %) 1, 3-8, 10-15, 17-18б та 20 після терапії вірогідно зменшилася порівняно з першим обстеженням ($t \geq 2,0189$), що переконливо свідчить про ефективність обраної терапії. Найбільше зниження проявів депресії спостерігалось за пунктами:

1 — Депресивний настрій, 7 — Робота та діяльність, 10 — Психічна тривога, 11 — Соматична тривога ($t \geq 9,1372$, $t \geq 5,5834$, $t \geq 5,2834$ та $t \geq 4,7587$ відповідно). Таким чином, оцінка стану хворих на 24-й день терапії свідчить про суттєве підвищення їх соціальної адаптації.

Таким чином, за результатами проведеного клініко-психопатологічного дослідження первинні депресивні розлади характеризувалися наступними особливостями: наявністю в анамнезі факторів психічної травматизації (57,50 % опитаних хворих), переважанням тривожного компоненту в клінічній структурі захворювання (прояви тривоги зареєстровані у 72,50 % пацієнтів; (1,90 ± 0,67) балів за шкалою Психічна тривога), соціальною дезадаптацією ((2,18 ± 0,93) балів за шкалою Робота та діяльність).

Вихідний ступінь вираженості психопатологічних проявів у цієї категорії хворих за шкалою CGI-S розцінений як «хворий помірного ступеню» у (55,00 ± 7,97) % пацієнтів, як «хворий легкого ступеню» та «хворий значного ступеню» у (17,50 ± 6,08) % пацієнтів відповідно та як «хворий тяжкого ступеню» у (10,00 ± 4,80) % пацієнтів. На момент виписки зі стаціонару за шкалою CGI-S стан повністю нормалізувався у 5,00 ± 3,49 % випадків, відповідав «граничному» стану у (20,00 ± 6,41) % випадків, «легкому» — у 67,50 ± 7,50 % випадків та «помірно вираженому» — у (7,50 ± 4,22) % випадків.

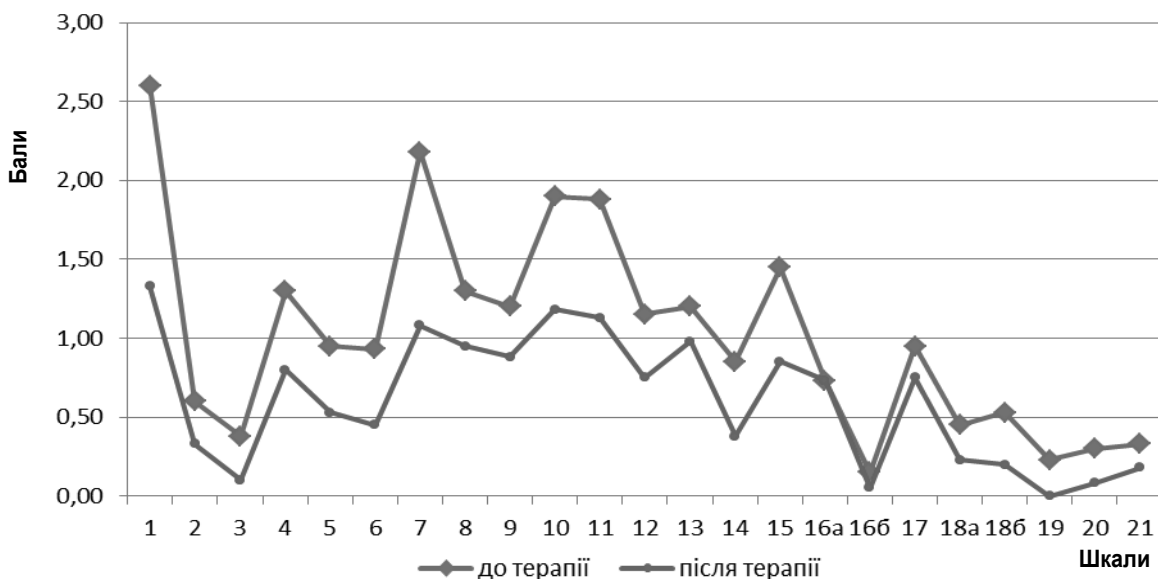


Рис. 1

Динаміка показників шкали HDRS у хворих на депресивні епізоди

Умовні позначення шкал: 1 — Депресивний настрій; 2 — Почуття провини; 3 — Суїцидальні наміри; 4 — Інсомнія рання; 5 — Інсомнія середня; 6 — Інсомнія пізня; 7 — Робота та діяльність; 8 — Загальмованість; 9 — Ажитация; 10 — Психічна тривога; 11 — Соматична тривога; 12 — Шлунково-кишкові соматичні симптоми; 13 — Загальні соматичні симптоми; 14 — Генітальні симптоми; 15 — Іпохондричні розлади; 16а — Втрата ваги за анамнезом; 16б — Втрата ваги фактична; 17 — Критичність; 18а — Добові коливання; 18б — Добові коливання ступінь; 19 — Дегерсоналізація та дереалізація; 20 — Параноїдні симптоми; 21 — Обсесивні та компульсивні симптоми.

Оцінка динаміки стану обстежених хворих за шкалою CGI-I на 7й день лікування показала «дуже значне покращення», «значне покращення» та «мінімальне покращення» у $(32,50 \pm 7,50)$, $(25,50 \pm 6,98)$ та $(27,50 \pm 7,15)$ % пацієнтів відповідно. При цьому, у $(15,00 \pm 5,72)$ % хворих стан залишався незмінним. Повторна оцінка динаміки стану хворих на депресивні епізоди на 24й день терапії за шкалою CGI-I продемонструвала виражене покращення стану пацієнтів («дуже значне», «значне» та «мінімальне» — у $(47,50 \pm 8,00)$, $(37,50 \pm 7,75)$ та $(10,00 \pm 4,80)$ % випадків відповідно). Лише у $(5,00 \pm 3,49)$ % пацієнтів був зареєстрований майже незмінний стан.

Вивчення впливу структури клінічної симптоматики (HDRS до терапії) на важкість депресивного епізоду (CGI-S до терапії) з використанням кореляційного аналізу виявило, що «тяжкий ступінь» розладу асоційований з наявністю добових коливань стану ($r = 0,505$), параноїдних симптомів ($r = 0,455$), шлунково-кишкових та загальних соматичних симптомів ($r = 0,455$ та $r = 0,433$ відповідно), психомоторних проявів, таких як ажитація ($r = 0,555$), загальмованість ($r = 0,324$) та негативно корелює з критичністю до свого стану ($r = -0,425$).

При цьому встановлено, що «помірний ступінь» розладу пов'язаний з наявністю в структурі клінічної симптоматики суїцидальних намірів ($r = 0,534$), збереженням критичності до свого стану ($r = 0,499$), загальмованості ($r = 0,409$), пізньої інсомнії ($r = 0,405$) та негативно корелює з добовими коливаннями стану ($r = -0,341$).

В той же час, «легкий ступінь» розладу негативно корелює з депресивним настроєм ($r = -0,494$), психічною та соматичною тривогою ($r = -0,426$ та $r = -0,341$), втратою ваги за анамнезом ($r = -0,400$), генітальними симптомами (втрата лібідо, менструальні порушення) ($r = -0,400$) та загальмованістю ($r = -0,409$).

Вивчення впливу структури клінічної симптоматики (HDRS після терапії) на динаміку стану в результаті терапії (CGI-I після терапії) продемонструвало, що «дуже значне покращення» стану асоційоване з редукцією загальмованості

($r = -0,458$), «значне покращення» стану — психічної тривоги ($r = -0,531$). В той час, як «мінімальне покращення» стану пов'язане зі збереженням в клінічній картині добових коливань стану ($r = 0,519$), психічної тривоги ($r = 0,497$), порушень у сфері роботи та діяльності ($r = 0,489$).

На основі проведеного факторного аналізу був встановлений вплив на формування перебігу та виходу первинних депресивних розладів таких факторів, як тривалість епізоду, фіксація на факторах психічної травматизації та структура клінічної картини. Так, для прогредієнтного перебігу розладів характерними були: тривалість епізоду «від 6 до 12-ти місяців» ($r=0,609$); позитивні кореляції з психічною та соматичною тривогою ($r=0,501$) та ($r=0,458$) відповідно), втратою ваги ($r=0,547$), добовими коливаннями стану ($r=0,534$), симптомами паранойяльності ($r=0,577$) та психомоторними порушеннями ($r=0,561$).

Для резистентного перебігу (з відсутністю вираженої клінічної динаміки) розладів притаманними були: тривалість епізоду «більше 12 місяців» ($r=0,522$); фіксація на факторах психічної травматизації ($r=0,603$); позитивні кореляції з соматичними та іпохондричними симптомами ($r=0,573$) та ($r=0,480$) відповідно), соматичною тривогою ($r=-0,519$), пізньою інсомнією ($r=-0,550$), суїцидальними намірами ($r=-0,460$).

Для регредієнтного перебігу розладів власними були: тривалість епізоду «від 2-х тижнів до 6-ти місяців» ($r=0,616$); негативні кореляції з добовими коливаннями стану ($r=0,495$), симптомами психічної та соматичної тривоги ($r=-0,539$) та ($r=-0,518$) відповідно), втратою ваги ($r=-0,512$).

Таким чином, доведено, що тривалі епізоди та пізні звернення за спеціалізованою допомогою сприяють формуванню резистентних до терапії розладів. При цьому, наявність факторів психічної травматизації обтяжує їх клінічну картину та не сприяє покращенню стану хворих. Встановлено, що особливості структури клінічної картини первинних депресивних розладів впливають на важкість епізоду, його перебіг та вихід, що має прогностичну цінність для діагностики та терапії цих станів.

Література

1. Марута, Н. О. Клініко-психологічні особливості хворих на депресію з різним рівнем медикаментозного комплаєнсу (діагностика і корекція) [Текст] / Н. О. Марута, Д. О. Жупанова // Український вісник психоневрології. — 2016. — Том 24, випуск 1 (86). — С. 5-11.
2. Марута, Н. А. Восстановление социального функционирования — основная цель терапии депрессии [Текст] / Н. А. Марута // Нейро News. — 2013. — № 8 (53). — С. 16-20.
3. EPA guidance of the quality of mental health services [Text] / [W. Gaebel, T. Becker, B. Janssen, et al.] // European Psychiatry. — 2012. — Vol. 27. — № 2. — P. 87-113.
4. Рахман, Л. В. Концептуальні чинники розвитку та принципи лікування терапевтично резистентних депресій [Текст] / Л. В. Рахман // Український вісник психоневрології. — 2016. — Том 24, випуск 1 (86). — С. 104-110.
5. Stahl, S. M. Serotonergic drugs for depression and beyond [text] / S. M. Stahl, C. Lee-Zimmerman, S. Cartwright, D. A. Morrisette // Curr Drug Targets. — 2013. — V.14 (5). — P. 578-585.
6. Taylor, D. Antidepressant efficacy of agomelatine: meta-analysis of published and unpublished studies [text] / D. Taylor, A. Sparshatt, S. Varma, O. Olofinjana // BMJ. — 2014. — 348:g1888. doi: 10.1136/bmj.g1888.

Нейрокогнітивний дефіцит і соціальне функціонування хворих на шизофренію

О.О. Молчанова, Н.О. Дзеружинська

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

Резюме. Связи между нейрокогнитивным дефицитом и неудовлетворительными функциональными исходами у пациентов с шизофренией общепризнаны и задокументированы. В последнее десятилетие фокус исследовательского внимания сместился от вопроса, влияет ли нейрокогнитивная на функциональный исход, к рассмотрению вопроса, как нейрокогнитивные нарушения (в таких доменах как память, внимание, решение проблем и др.) во взаимодействии с другими характеристиками расстройства (негативными симптомами) и социальной когницией определяют общий функциональный исход. Предложено несколько моделей, которые сводятся к одной концепции. Функциональный исход при шизофрении рассматривается как результат относительно линейного каскада событий: от нарушений раннего зрительного и слухового восприятия, через несовершенную обработку этой искаженной информации и ограничение функциональной емкости к дефициту мотивации и дезадаптивным убеждениям, которые манифестируют в виде негативных симптомов. Лучшее понимание механизмов, посредством которых нейрокогнитивные влияют на функциональный исход, крайне важно для разработки новых подходов к лечению, ориентированных на цель «выздоровление». Это направление исследований привело к разработке когнитивно-восстановительной терапии, возможности которой в настоящее время активно изучаются.

Ключевые слова: шизофрения, функциональный исход, нейрокогнитивные нарушения.

Neurocognitive deficit and social functioning of patients with schizophrenia

Molchanova O.O., Dzeruzhynska N.O.

Resume. Relationships between neurocognitive deficit and poor functional outcome in schizophrenia patients have been widely acknowledged and documented. Over the last decade the focus of investigations shifted from question if neurocognition contributes to outcome to search how the neurocognitive impairment (in such domains as memory, attention, problem solving etc.) interacts with another features of disease (negative symptoms) and social cognition to determine the overall functional outcome. Several different models have been proposed which converge to one conception. The functional outcome in schizophrenia can be considered the result of relatively linear cascade of events: from impairment in early visual and audial perception through the subsequent imperfect processing of this eroded information and restricted functional capacity to the lack of motivation and desadaptive beliefs which manifest as negative symptoms. A better understanding of the mechanisms through which neurocognition ultimately impacts outcome is essential for the search of new recovery-oriented treatments. This way of investigations led to development of cognitive remediation therapy, which is currently under investigations.

Key words: schizophrenia, functional outcome, neurocognitive impairment.

На сучасному етапі розвитку експериментальної та клінічної психіатрії фокус уваги науковців та лікарів зміщується від усунення психотичних симптомів шизофренії до мети «одужання» (recovery). Під одужанням слід розуміти досягнення незалежного проживання, навчальної та трудової адаптації, задоволення міжперсональними відносинами [1]. Однією із найбільш вивчених детермінант функціонального результату (functional outcome) пацієнтів із шизофренією є нейрокогніція, що включає в себе такі домени як швидкість обробки інформації, увага, робоча пам'ять, зорова та слухова пам'ять, судження та вирішення проблем.

Протягом останнього десятиліття дослідники від питання «чи впливає нейрокогніція на функціональний результат?» перейшли до розгляду питання «як це відбувається?» [2]. У цьому огляді зроблено спробу узагальнити досвід дослідження проміжних процесів між порушеннями простих складових нейрокогнітивного функціонування та соціальною дезадаптацією у хворих на шизофренію з урахуванням впливу інших факторів, таких як негативні симптоми та порушення соціальних когніцій. У зв'язку з дефіцитом україномовних та російськомовних

джерел з цієї тематики і відносною новизною деяких понять та визначень, які сформувалися протягом останніх 10-15 років, за відсутності однозначних україномовних еквівалентів термінологія надається також мовою оригіналу (англійською) відповідно до авторського подання.

С. Sumiyoshi та співавтори пропонують концепцію, в якій функціональний результат розділяють на три рівні: нейропсихологічний профіль (neuropsychological performance), функціональна ємність або компетенція (functional capacity) та функціональний профіль (functional performance) і розглядають як континуум від нейропсихологічного до функціонального профілю [3].

Нейропсихологічний профіль (набір базових когнітивних функцій — запам'ятовування та відтворення цифр, слів та понять, здатність утримувати увагу для виконання певного завдання) розглядається як фундаментальний рівень функціонального результату, що наводиться дослідниками у якості аргументу для включення нейрокогнітивного дефіциту до діагностичних критеріїв шизофренії DSM, у якому акцентується увага на функціональному статусі.

В якості предикторів функціональних результатів також розглядають первинне сприйняття

зорових і слухових стимулів. Найбільш згадуваним у фаховій літературі прикладом порушення первинної перцепції при шизофренії є «негативність розрізнення» (mismatch negativity, MMN) — специфічний патерн викликаних слухових потенціалів, який відображає втрату диференціації реакцій нейромереж на повторювані та неочікувані звукові стимули. Показано, що MMN асоційована з низькою соціальною перцепцією, низьким рівнем функціонування та недосягненням незалежного проживання у пацієнтів із шизофренією.

Ще одним актуальним питанням є вплив негативних симптомів на функціональний результат. У моделі, що базується на теорії Beck та співавторів (2004) про «розчарування життєвим досвідом» (discouraging life experiences) та «переконання у поразці» (defeatist beliefs) дефекти когніцій та знижена функціональна ємкість перешкоджають підтримці позитивної мотивації до повсякденної та соціальної активності [4, 5].

Таким чином, на ґрунті численних нейропсихологічних досліджень сформувалися певні уявлення про те, як складові категорії спроможності (нейрокогніції, соціальні когніції та функціональна ємність) взаємопов'язані з більш фундаментальними процесами перцепції з іншого боку та з емоційно-мотиваційними факторами з іншого боку, визначаючи глобальні функціональні наслідки шизофренії [2]. Визначальна роль нейрокогнітивних порушень визнається дослідниками у будь-якій із запропонованих моделей. Це критична слабка ланка у ланцюзі подій, що ведуть до соціальної дезадаптації хворих на шизофренію, і водночас ця ланка є досить перспективною щодо розробки нефармакологічних терапевтичних втручань.

Для вирішення даної проблеми запропоновано використовувати метод комп'ютеризованих когнітивних тренувань, що полягає у виконанні пацієнтами із параноїдною шизофренією вправ, розроблених на основі нейродіагностичних методик, з метою позитивного впливу на пам'ять, увагу та виконавчі функції. Згідно із даними

літератури невирішеними питаннями у цьому напрямку залишаються можливості персоналізації заходів, спрямованих на когнітивне відновлення, та дослідження впливу тривалості захворювання на ефективність нейрокогнітивних тренувань [5].

Нами розпочато нейропсихологічне обстеження хворих на параноїдну шизофренію (n=68) з метою встановлення профілю нейрокогнітивного функціонування цієї групи пацієнтів. Одночасно визначено рівень соціального функціонування. Проведено цикл нейрокогнітивних тренувань із урахуванням нейрокогнітивного профілю пацієнтів. Основними точками впливу програми когнітивного відновлення стали порушення уваги, робочої пам'яті, слухової пам'яті, здатність до міркування та вирішення проблем, швидкість обробки інформації. Нейрокогнітивні тренування проводились у відповідності до індивідуально розробленої програми з урахуванням когнітивного профілю пацієнта із частотою три заняття на тиждень тривалістю по 40 хвилин протягом одного місяця. Із даною метою використовувалась комп'ютеризована програма «Камертон» (О.А. Скугаревський, В.Г. Об'єдков, А.П. Гелда, «Білоруський державний медичний університет», ДУ «РНПЦ психічного здоров'я», реєстраційний № 124-1109) яка розроблена для пацієнтів із тяжкою психічною патологією та максимально адаптована до цієї групи хворих. Завдання розроблені на основі нейродіагностичних методик із урахуванням специфічних базових дефіцитів при шизофренії та призначені для їх корекції. Основний принцип завдань для тренувань когнітивних функцій полягає у їх поступовому ускладненні, тобто «від простого до складного».

Згідно із попередніми даними виявлено, що у пацієнтів із параноїдною шизофренією найбільш виражений дефіцит спостерігається у таких доменах когнітивного функціонування як робоча пам'ять та виконавчі функції. Виконання нейрокогнітивних тренувань асоціювалося з підвищенням рівня когнітивного та соціального функціонування.

Література

1. Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia / [A. Kopelowicz, R. P. Liberman, J. Ventura та ін.]. // *Psychol Med.* — 2005. — Т.35(8). — С. 1165–1173.
2. Harvey P. D. Cognitive impairment in schizophrenia: characteristics, assessment and treatment / Harvey. — Cambridge: Cambridge University Press, 2013. — 324 с.
3. Sumiyoshi C. Functional outcome in patients with schizophrenia: the concept and measurement / C. Sumiyoshi, T. Sumiyoshi. // *Activitas Nervosa Superior.* — 2015. — Т.57(1). — С. 1–11.
4. Negative symptoms and cognitive deficits: what is the nature of their relationship? / P. D. Harvey, D. Koren, A. Reichenberg, C. R. Bowie. // *Schizophr Bull.* — 2006. — Т.32(2). — С. 250–258.
5. Beck A. T. Cognitive approaches to schizophrenia: theory and therapy / A. T. Beck, N. A. Rector. // *Annu Rev Clin Psychol.* — 2005. — Т.1. — С. 577–606.
6. Report on ISCTM Consensus Meeting on Clinical Assessment of Response to Treatment of Cognitive Impairment in Schizophrenia / [R. Keefe, G. M. Haig, S. R. Marder та ін.]. // *Schizophrenia Bulletin.* — 2015. — Т.42(1). — С. 19–33.

Судово-психіатричний аспект суїцидів у комбатантів

Друзь О.В.¹⁾, Дзеружинська Н.О.²⁾, Сироп'ятов О.Г., Гриневич Є.Г.³⁾, Яновський Т.С.²⁾, Черненко І.О.¹⁾

¹⁾ Національний військово-медичний клінічний центр «ГВКГ», м. Київ

²⁾ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ

³⁾ Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Резюме. «Британские солдаты чаще гибнут от суицида, чем в бою. Во многих армиях других стран наблюдается то же самое» (СМИ i24.com.ua). Самоубийство находится в ряду основных причин смертности военнослужащих в мирное время. На протяжении последних 30 лет не боевые потери по этой причине составляют 20-30%. Тенденция к их снижению отсутствует [1].

Ключевые слова: психические и поведенческие расстройства, посттравматическое стрессовое расстройство, состояния дезадаптации, локальные боевые действия, военнослужащие, психопрофилактика.

Forensic–psychiatric aspect of suicide combatants

Druz O.V.¹⁾, Dzeruzhynska N.A.²⁾, Syropyatov O.H., Grinevich E.G.³⁾, Yanovsky T.S.²⁾, Chernenko I.A.¹⁾

¹⁾ Main military medical clinical center «MMCH»

²⁾ Bogomolets national medical university

³⁾ Shupyk national medical academy of postgraduate education

Resume. «British soldiers are more often die from suicide than in combats. In many of other countries the picture is the same» Suicide is the leading cause of death in peacetime. In the last 30 years non combat casualties for this reason were 20-30%. A tendency to decrease is not observed.

The phenomenological and clinical structure of combatant's personality, who attempted suicide, demonstrates the complex and ambiguous evaluation. Involvement the structural and dynamic methodology (due to forensic-psychiatric aspects) in analysis of the combatant's suicide cases provided their uniform qualities that can determine ways of suicidal behavior preventing in the military and give reasonable legal assessment of each case, on the base of ethical, administrative and forensic findings.

Key words: poststress mental disorders, posttraumatic stress disorder, local war, military personnel, psychoprophylaxis.

У Міністерстві оборони України повідомили, що за 2016 рік у зоні збройного конфлікту на Донбасі шляхом самогубства життя залишили 63 військовослужбовця Збройних Сил України (ЗСУ). Про це свідчить відповідь Міністерства оборони України на запит українського журналіста Олексія Братущака, опублікованого ним у ЗМІ 11 січня 2017 року.

Таким чином, самогубство вийшло на перше місце серед небойових втрат в рядах ЗСУ, які в зоні проведення, так званого, «АТО» в 2016 році склали 256 загиблих і померлих. Згідно з даними, вказаними в листі Міноборони України, 63 солдати загинули у результаті самогубства, 58 померли через хвороби. Смерть 39 військових настала внаслідок необережного поводження зі зброєю, 30 були вбиті, 29 смертей кваліфіковані як нещасні випадки. Крім того, 18 людей загинули в ДТП, 10 смертельно отруїлися (алкоголем, наркотичними речовинами та ін.), 5 — інші випадки, 4 — порушення заходів безпеки [2].

Існує безліч визначень поняття самогубства. Класичним вважається визначення, дане Емілем Дюркгеймом (1858-1917). Самогубством називається всякий випадок смерті, який

безпосередньо або опосередковано є результатом позитивного або негативного вчинку, скоєного самим потерпілим, який знав про результат, що на нього очікує. Замах на самогубство — це цілком споріднена дія, але не доведена до кінця. Суїцид є усвідомленим позбавленням себе життя, і, з цієї точки зору, він є чисто людським свідомим поведінковим актом.

В групу ризику скоєння самогубств відносять осіб, схильних до депресії, з наявністю психічних захворювань, з суїцидальними спробами в анамнезі, які страждають на алкоголізм, медикаментозні залежності, включаючи наркоманію, осіб, які перебувають в соціальній ізоляції, людей похилого віку та одиноких.

Виходячи з умов проходження військової служби і її особливостей групу ризику можна зменшити. Умови, які сприяють формуванню суїцидальних тенденцій:

- схильність до депресії;
- суїцидальні спроби в минулому або ж наявність родичів, які здійснювали суїциди або намагалися їх зробити;
- алкоголізм, лікарська або ж наркотична залежність;
- соціальна ізоляція [3].

Слід зазначити істотні відмінності в стані психічного здоров'я військовослужбовців мирного часу і комбатантів. Тому, оцінка суїцидальної поведінки комбатантів і некомбатантів повинна будуватися на різних методологічних підставах. На нашу думку всі випадки суїцидів у комбатантів вимагають судово-психіатричної експертизи або комплексної психолого-психіатричної експертизи в кожному випадку. Як відзначає Г.А. Фастовцев в своїй докторській дисертації (2010), «В умовах бойового стресу відбувається особистісна трансформація, що сприяє адаптації в умовах бойової обстановки. Синдромоутворюючими чинниками поведінкових розладів і агресивності є перебудова ціннісно-сислової сфери, регрес вищих властивостей особистості, зниження рівня соціальних і духовних потреб». У дослідженні Г.А. Фастовцева встановлено, що клінічна картина розладів не вичерпується констеляцією посттравматичного стресу: занурення (інтрузії), уникнення та гіперактивності. Зокрема, нерідко отримана бойова психічна травма супроводжується додатковими шкідливостями, в тому числі, фізичними травмами і каліцтвом, наслідками яких могли бути і різні варіанти органічної психічної патології. В результаті цього посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) рідко зустрічається в «чистому вигляді», частіше в його клінічну структуру включалися коморбідні психопатологічні прояви. Аналіз клінічної структури ПТСР показав, що найбільш стійкими симптомокомплексом були: розлади сну; емоційні порушення; дефіцитарна симптоматика; інші психопатологічні феномени, характерні для психотравм, розлади інтелекту і мислення. В компоненті переважаючої симптоматики, «експлозивна симптоматика» збільшувала відносний ризик агресії, а «астенічна симптоматика» зменшував її. Виявлені при параклінічних дослідженнях комбатантів зміни на ЕЕГ (пароксизмальна активність, зниження порогу судомної готовності, дисфункція серединних структур, аномальна активність таламуса і стовбура головного мозку), ознаки гідроцефалії, мігрені і гіпертензія вказували на високу предикційну агресивну здатність.

Для судово-психіатричної оцінки суїцидальної поведінки військовослужбовців, а в особливості комбатантів, необхідні належні дослідження не тільки дезадаптуючих, але і саногенних факторів, що сприяють подоланню наслідків бойового стресу адаптивної поведінки.

Основне завдання експертів в оцінці суїцидантів-комбатантів це визначення стану свідомості, порушення або збереження здатності до довільної саморегуляції діяльності в пресуїцидальний період і в момент самогубства, а також

механізмів суїцидальної поведінки. Істотним є зв'язок самогубства з діями оточуючих осіб.

Стан свідомості при суїциді, ускладненому ПТСР, вимагає додаткового дослідження, оскільки супроводжується такими ознаками, як деперсоналізація, дереалізація, спотворення сприйняття простору і часу.

Сучасна клінічна класифікація поділяє суїцидальну поведінку за формами на внутрішню (антивітальні переживання, суїцидальні думки, суїцидальні задуми, суїцидальні наміри) і зовнішню (суїцидальні спроби, завершений суїцид). Виділяють наступні етапи суїциду:

1. Пресуїцидальний етап.
2. Етап реалізації суїцидальних дій.
3. Постсуїцидальний етап.

У судовій психіатрії прийнято розглядати «механізми» порушення поведінки з психологічним етапом цієї поведінки:

- а) мотивація девіантних дій;
- б) цілепокладання девіантної поведінки;
- в) ціледосягнення в результаті девіантної поведінки (Корзун В.Н., 2010).

Суїцидальну поведінку, на нашу думку, також можна розглядати як одну з форм девіантної поведінки.

В основі механізму суїцидальної поведінки традиційно розглядаються дві складові: негативні соціальні фактори і особистісні чинники людини.

До соціально-негативних факторів слід віднести: розлучення, смерть рідні, нерозділене кохання, втрата роботи, неможливість одержати освіту і т.д.

До особистісних факторів належать: морально-психологічні ознаки особи (її характер, темперамент, вольові якості, психічні розлади і т.д.).

Взаємодія зовнішніх і внутрішніх факторів призводить до внутрішнього конфлікту людини. Конфлікт, який перейшов поріг дезадаптації, називається кризою або кризовою ситуацією. Вирішення конфлікту спрямовує подальшу поведінку в тому чи іншому напрямку. Якщо особа не може впоратися зі своїм внутрішнім конфліктом, то це призводить до соціально-психологічної дезадаптації.

Існують певні показники внутрішньоособистісних конфліктів:

1. Когнітивна сфера:
 - зниження самооцінки;
 - усвідомлення свого стану як психологічної безвиході;
 - затримка прийняття рішення;
 - глибокі сумніви в істинності принципів, якими раніше керувалися.
2. Емоційна сфера:
 - психоемоційне напруження;
 - часті і значні негативні переживання.

3. Поведінкова сфера:

- зниження якості та інтенсивності діяльності;
- зниження задоволеності діяльністю;
- негативний емоційний фон спілкування

4. Інтегральні показники:

- погіршення механізму адаптації,
- посилення стресу.

Таким чином, внутрішньоособистісний конфлікт можна визначити як гостре негативне переживання, викликане тривалою боротьбою структур внутрішнього світу особистості, що відображає суперечливість зв'язків з соціальним середовищем і затримує прийняття рішення.

Самогубство є одним з варіантів поведінки людини в ситуації, яка суб'єктивно сприймається нею як безвихідна. Виділяються наступні психологічні компоненти суїцидальної поведінки:

- 1) мотиваційний;
- 2) афективний;
- 3) орієнтовний;
- 4) виконавчий.

Мотиваційний компонент включає мотиви в формі соціальних установок і відносно стійких ціннісних орієнтацій. Найважливіша характеристика цього компонента — наявність внутрішньо-особистісного конфлікту змістотворних мотивів, що виключає їх одночасну реалізацію.

Виділяють п'ять типів суїцидальної поведінки (п'ять типів провідних мотивів: протест, заклик до співчуття, уникнення душевних або фізичних страждань, самопокарання, відмова від життя як капітуляція).

Афективний компонент включає відносно стійкі суїцидальні емоційні переживання, що відображають рівень значимості кризової ситуації. До них відносяться: швидко протікаючі гострі афекти; стійкий депресивний стан; стан фрустрації великої інтенсивності, переживання непереносимості конфліктної ситуації, обтяжливого очікування негативних наслідків скоєного вчинку, тривоги перед втратою соціального статусу, страху перед необхідністю брати на себе відповідальність.

Орієнтовний компонент являє собою блок діяльності з аналізу соціальної ситуації, усвідомлення рівня її кризовості, прийняття суїцидального рішення, формування суїцидальних цілей, планування і здійснення відповідних дій.

Виконавчий компонент структури суїцидальної поведінки являє собою словесні та поведінкові реакції, що відповідає орієнтувальному і афективному компонентам. Вони проявляються у формі суїцидальних висловлювань або ж суїцидальних дій. Такі дії відображають психологію суїциданта, що призводить до завершеного суїциду або залишається його спробою.

Аналіз сучасної літератури і клінічна практика свідчать про те, що при ПТСР достовірно частіше відбуваються завершені суїциди, ніж в людей загальної популяції (Зотов П.Б., Спадерова М.М., 2015). Сприятливими факторами можна вважати етіопатогенетичні фактори самого ПТСР:

- 1) виражений емоційний дистрес;
- 2) порушення механізмів психологічних захистів;
- 3) індивідуальні особливості особистості, що призводять до дезадаптації.

Наші спостереження показали, що такі особистісні риси, як збудливість, імпульсивність і демонстративність підвищують суїцидальний ризик у комбатантів. Перебування комбатанта в зоні бойових дій з можливістю вбивати і бути убитим нівелює духовну оцінку життя і смерті.

Суїцидальна поведінка є динамічним процесом і складається з наступних етапів:

I. Етап суїцидальних тенденцій. Вони є прямими або непрямыми ознаками, що свідчать про зниження цінності власного життя, втрати її сенсу або небажання жити. Суїцидальні тенденції проявляються в думках, намірах, почуттях або небезпеці. На цьому етапі здійснюється превенція суїциду, тобто його запобігання на підставі знання психологічних або соціальних провідників.

II. Етап суїцидних дій. Він починається тоді, коли тенденції переходить в конкретні вчинки. Під суїцидальною спробою розуміється свідоме прагнення позбавити себе життя, яке з незалежних від людини обставин (своєчасне надання допомоги, успішна реанімація і т.п.) не було доведено до кінця. Самоушкодження, безпосередньо не спрямовані на самознищення, і мають характер демонстративних дій (шантаж, самоушкодження, спрямоване на вчинення психологічного або морального тиску на оточення для отримання певної вигоди), носять назву парасуїцид. Парасуїциди зазвичай не передбачають смертельний результат, але може статися так зване «перегравання», яке призведе до нього. Суїцидальні тенденції можуть також призвести до завершеного суїциду, результатом якого є смерть людини.

III. Етап постсуїцидальної кризи. Він триває від моменту скоєння суїцидальної спроби до повного зникнення суїцидальних тенденцій, іноді характеризується циклічністю проявів. Цей етап охоплює стан психічної кризи суїциданта, ознаки якої (соматичні, психічні або психопатологічні) і їх вираженість може бути різною. На цьому етапі здійснюється поственція і вторинна превенція суїцидальної поведінки. Поственція є система заходів,

спрямованих на подолання психічної кризи і адресований не тільки суїциденту який жив, але і його оточенню.

Вторинна первенція полягає в попередженні повторних суїцидальних спроб.

У суїцидантів — військовослужбовців строкової служби та комбатантів виділяються наступні групи з типовим розвитком пресуїцидального стану [5].

1) «Козли відпущення» — військовослужбовці з психастенічним радикалом в структурі особистості. Зазвичай тривожна і ригідні вони стають об'єктом дискримінації у військовому колективі, піддаючись глузуванню і нестатутним відносинам. Їх суїциди пов'язані з відчаєм і виснаженням їх адаптаційних можливостей в умовах війни. Слід звернути увагу, що у цієї категорії комбатантів суїцидальна поведінка може бут спровокована оточуючими. Це стаття 120 КК України. «Доведення особи до самогубства або до замаху на самогубство, що є наслідком жорстокого з нею поводження, шантажу, примусу до протиправних дій або систематичного приниження її людської гідності». При ймовірних випадках доведення до самогубства перед експертами ставиться таке запитання: «чи були в потерпілого які-небудь психічні розлади, виникнення яких знаходиться в причинно-наслідковому зв'язку, зі шкодою, заподіяною в результаті здійснення щодо нього протиправних дій?». У подібних випадках необхідно з'ясувати, чи страждав комбатант до скоєння суїцидальної дій психічним розладом і яким саме відповідно до міжнародної класифікації хвороб. Якщо страждав, то чи був цей розлад психогенним, спровокованим іншими особами (обвинувачуваними) або психічний розлад у суїциданта був ендогенний або органічним, що не мав очевидного причинно-наслідкового зв'язку з його суїцидальною поведінкою.

2) «Ботани» — військовослужбовці з сензитивно-шизоїдною структурою особистості. Фізично незграбний з інтелектуально відстороненими інтересами вони відчувають труднощі адаптації в будь-якому середовищі однолітків, що ускладнюється особливостями складно структурованого і регламентованого військового колективу в умовах збройних конфліктів. Для них смерть не є альтернативою життя, їх суїцидальна поведінка буває несподіваною подією для оточуючих. У сензитивно — шизоїдної особистості перебування в зоні військового конфлікту нерідко супроводжується зміненням станом свідомості — деперсоналізацією і дереалізацією. У судово-психіатричному аспекті завершені суїциди на тлі зміненого стану свідомості слід розцінювати, як дії людей, не здатних «повною мірою усвідомлювати фактичний характер і небезпеку своїх дій або керувати ними».

3) «Педанти» — військовослужбовці з епілептоїдними рисами особистості. Ці військовослужбовці могли б бути успішними в мирний час, але зовсім не підходить для війни. Невлаштованість, мобільність і розбіжність між належним і реальним пригнічує їх і викликає виражені афективні спалахи дисфорію — спрямовану на оточуючих людей і дистимію — люті, спрямовану на себе з відчуттям безвихідності ситуації і руйнування їх внутрішнього світу і колишніх уявлень про військову службу.

При оцінці психопатологічних розладів у комбатантів з епілептоїдною структурою особистості слід мати на увазі, що до впливу екстремального стресу ці комбатанти були успішно адаптовані і їх епілептоїдні риси особистості нерідко оцінювалися соціально позитивно, і вони визнавалися придатними до військової служби. При психічній декомпенсації у них психічні порушення рідко укладалися в типову психічну картину. Як зазначається, до таких порушень можна віднести сензитивні ідеї відносин, психопатоподібні, афективні розлади, які позбавляли суб'єкта повною мірою усвідомлювати фактичний характер своїх дій (суїцид) і керувати ними.

4) «Тип Рембо» — військовослужбовець егоїстичний, самозакоханий і демонстративний. Їх театральність і егоцентризм проявляється на етапі навчальних зборів, але швидко виснажується на війні. Важкою солдатською працею, смертю і каліцтва зовсім не схожі на театральні вистави, що викликає у цих солдатів глибоке почуття фрустрації. Суїциди у цих комбатантів відбувалися демонстративно, а їх завершеність обумовлена недостатньо прогностичною здатністю цих людей.

5) «Імпульсивні» воїни. Їхні вчинки завжди несподівані для навколишніх і мають випадкову ситуаційну мотивацію. Це завжди військовослужбовці «вожаки», для яких їхні героїчні вчинки, паніка або самогубство можуть виникати під впливом ситуації, що склалася або поведінки лідера в референтній групі. Вивчення мотивації і структури поведінки цих комбатантів також свідчить про те, що були порушені усвідомлення, цілепокладання і цілесозадоволення у цих людей.

Таким чином, феноменологічна і клінічна діагностика особистості суїцидантів — комбатантів свідчить про складну і неоднозначну їх оцінку. Залучення структурно-динамічної методології в судово — психіатричному аспекті аналізу випадків суїциду у комбатантів дозволяє виділити неоднорідні їх якості, які дозволяють визначити шляхи профілактики суїцидальної поведінки у військовослужбовців і дати зважену юридичну оцінку кожному випадку з етичними, адміністративними та судово-психіатричними висновками.

Література

1. Майор Борис Іванов «Орієнтир» 06.2010 http://voenservice.ru/boevaya_podgotovka/ogp/psihologiya-otklonyayuschegosya-povedeniya-voennoslujaschih-suitsidyi-i-ih-profilaktika/
2. <http://news.bigmir.net/ukraine/1051028-V-Minoborony-nazvali-shokirujucshee-kolichestvo-samoubijstv-v-ATO>
3. Зюскевич А. Самогубства серед військовослужбовців: причини і шляхи попередження. // Ракурс. — 1992. — № 2.
4. Фастовцев Г.А. Кримінальна агресія комбатантів з посттравматичним стресовим розладом (клінічний і судово-психіатричний аспекти): дис. ... д-ра мед. наук. М.: ГНЦССП ім. В.П. Сербський 2010.
5. Керівництво по судовій психіатрії: практичний посібник. Під ред. А.А. Ткаченко. 2-е видання, перероблене і дополненное. — М.: Юрайт 2017.
6. Посттравматичний стресовий розлад: Міжнародна (Росія — Вірменія — Білорусь — Україна) колективна монографія / За ред. д.м.н. Солдаткина В.А. — Ростов-на-Дону, 2015. — 624 с.

Рецензия

на книгу «Миллер П.У. EMDR терапия шизофрении и других психозов. — Нью-Йорк, США: Springer Publishing Co Inc, 2015. — 296 с.

(Miller P.W. EMDR Therapy for Schizophrenia and Other Psychoses. — New York, USA: Springer Publishing Co Inc, 2015. — 296 p.)

Рецензируемая монография, изданная на английском языке, посвящена актуальному и очень важному вопросу современной психиатрии — применению EMDR-терапии при лечении шизофрении и других психозов. EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) — с английского языка дословно переводится, как «десенсибилизация и репроцессуализация (обработка) движением глаз», на постсоветском пространстве эта методика известна как ДПДГ — «десенсибилизация и переработка движениями глаз».

EMDR (ДПДГ) — это быстрый и безболезненный метод психологической помощи, благодаря которому можно просто и надежно избавиться от страхов, тревожности, последствий травм и негативного отношения к жизни. Эффективность EMDR доказана научно с помощью клинических исследований и изучения динамических изменений на магнитно-резонансной томографии.

EMDR — уникальный метод психотерапии, разработанный американским клиническим психологом Фрэнсин Шапиро (1987) для лечения посттравматических стрессовых расстройств (ПТСР), вызванных переживанием стрессовых событий, таких как насилие или участие в военных действиях. Данный метод используется с целью полного излечения от последствий перенесенных психических травм. EMDR — самый эффективный и быстрый метод терапии такого тяжелого расстройства психической деятельности человека, как ПТСР, что доказано многочисленными научными исследованиями последнего десятилетия.

Отмечается, что терапия EMDR использует биполярные (двухполюсные по горизонтальной оси) стимулирующие движения глазных яблок или биполярную стимуляцию кинестетического (похлопывание или прикосновение) либо аудиального (звукового) анализатора. Симметрическая, двухсторонняя стимуляция с определенной частотой (для стимуляции используется 1 герц/секунду) активизирует противоположные стороны мозга, которые как бы «выводят на уровень осознания и воспоминания травмирующие психику эмоциональные события», которые были «пойманы в ловушку»

нервной системы и периодически напоминают о себе в виде различных психических расстройств. В результате подобной стимуляции, путем близким к естественному, на нейрофизиологическом уровне, психика травмированной личности освобождается от блокировок застреваний, вызванных психической травмой. Сравнительный обзор специальной литературы показывает, что EMDR-терапия обладает сходной эффективностью с другими экспозиционными методами и более эффективна, чем, например, антидепрессанты группы СИОЗС, проблемно-ориентированная терапия или обычное лечение.

Автором рецензируемой монографии является Пол Уильям Миллер, доктор медицины, член Королевского колледжа психиатров Великобритании, старший психиатр, специализирующийся в общей психиатрии взрослых и пожилых людей. Он является аккредитованным консультантом EMDR и координатором Института EMDR. Доктор П.У. Миллер работал в Совете EMDR в Великобритании и Ирландии, и возглавлял подкомитет по обучению. П.У. Миллер основал в январе 2011 года первую частную психиатрическую клинику Mirabilis Health (Чудесное Здоровье), специализирующуюся на EMDR-терапии в Северной Ирландии с активным исследовательским интересом.

Подчеркивается, что автор книги является популярным национальным и международным лектором на темы, включающие шизофрению и применение техники EMDR. Он является лауреатом премии Galloway, представленной Национальным стипендиальным обществом по вопросам шизофрении (2000), Международным обществом психиатрической генетики Travelling Scholarship (2001) и Секцией Северной Ирландии при Королевской коллегии исследователей в области психиатрии (Irish Division: 2002). Доктор П.У. Миллер является членом исследовательской группы EMDR в Вустерском университете. Он освещал EMDR-терапию шизофрении и других психозов в Европе и был приглашенным докладчиком на семинаре EMDR International Association (EMDRIA) в Миннеаполисе (2010) и в EMDRIA Anaheim (2011), где также был пленарным докладчиком.

Рецензируемая монография состоит из предисловия Ури Бергманна, благодарности, введения и следующих 12 глав: 1. Связь между травмой, психозом и шизофренией. 2. Феноменология диссоциации, психоза и шизофрении. 3. Анамнез и изучение психического состояния в психозе. 4. Психотерапия психоза и шизофрении: «Волшебник из заблудившейся страны Оз». 5. Десенсибилизация и репроцессуализация (обработка) движением глаз (EMDR), терапия. 6. EMDR для шизофрении и других психозов: обоснование и исследования на сегодняшний день. 7. Конец терапевтического нигилизма. 8. Формулирование случая и планирование лечения: Терапия EMDR + модель ICoNN (Indicating Cognitions of Negative Networks — обозначения познаний негативных сетей). 9. EMDR терапия + ICoNN 1 Модель, Случай, Примеры. 10. EMDR терапия + ICoNN 4 Модель, Случай, Примеры. Заканчивается упомянутая книга архивными и справочными дополнениями.

В рецензируемой книге впервые освещается практическое применение EMDR-терапии для клиентов / пациентов с психотическими расстройствами, написанное известным психиатром. Она содержит резюме последних исследований, посвященных использованию техники EMDR при шизофрении и других психозах, и демонстрирует, как простая в использовании адаптация стандартного 8-фазного протокола EMDR, модель ICoNN может быть успешно применена в этой группе клиентов / пациентов с хорошими исходами.

Книга источает атмосферу открытости, любознательности и гуманизма. П.У. Миллер принимает теорию EMDR-терапии, ее исследования и практику, что является важным шагом вперед в его новой книге. Он исследует путь как исследователи, и клиницисты могут успешно интегрировать теорию EMDR и терапию в современном понимании в работе с шизофренией и другими психозами. Полагаем, что этот объем книги и полученные результаты станут вехой в развитии EMDR-терапии.

Ури Бергманн, доктор философии, экс-президент Европейской Ассоциации EMDR, автор книги «Нейробиологические основы для EMDR практики» подчеркивает, что рецензируемая книга — это новаторский ресурс, который является первым по использованию EMDR-терапии для лиц, страдающих шизофренией и другими психотическими расстройствами. Книга, написанная признанным мировым лидером по использованию EMDR-терапии для лечения психозов, представляет результаты внедренного метода лечения по этой теме. Автор демонстрирует, как EMDR-терапия может быть использована безопасно, чтобы помочь

людям с шизофренией и другими психозами, правильно формулируя эти травматические расстройства и диссоциации. В рамках модели в книге описывается модель ICoNN, простые в использовании ее модификации и стандартная 8-фазовая EMDR модель терапии, что включает в себя фактические тематические исследования для иллюстрации ее использования. Эти исследования пациентов, которые были успешно обработаны в процессе EMDR-терапии, служат ценными шаблонами для клиницистов в отношении получения историй пациентов, изучения психических состояний, рецептуры случая и планирования лечения. Подготовленные материалы обеспечивают дополнительные рекомендации для психотерапевтов, работающих с этой группой клиентов и пациентов.

В книге прослеживается эволюция феноменологии психозов от раннего слабоумия Э. Крепелина до вклада К.С. Кендлера в современную нозологию существующих фенотипов шизофрении. Использование критериев К.С. Кендлера помогает врачу в определении наиболее вероятных клиентов для применения EMDR-терапии. Книга показывает, как установить в рамках модели травмы сильный терапевтический контакт с пациентом, так необходимый при лечении психозов. Описывается модель ICoNN, которая обеспечивает слабоструктурированный метод формулирования и лечения сложных случаев, и подчеркивается значение STI (стандартная техническая инструкция) как унифицированной модели, которая облегчает исследование. Главы книги укрепляют теоретические основы EMDR-терапии через обучение и резюме, охватывающие исторические, феноменологические и клинические аспекты EMDR-терапии психозов у пациентов.

В рецензируемой монографии совсем немного текста о EMDR-терапии относится к более общим темам. В первых главах книги освещается взаимосвязь между травмой, психозом и шизофренией, а затем в последующих главах — вопросы психопатологии, диссоциации и психотических расстройств, клинические навыки при психотических расстройствах, а также критический анализ современных психотерапевтических методов лечения.

Главы состоят из коротких секций, имеют аргументированные ссылки и ясно написаны. Каждая из них имеет очень короткое «намерение» в начале, что помогает сориентировать читателя. Описания конкретных случаев пациентов с психозом, получавших технику EMDR, представленные в конце книги, помогут нарисовать картину терапии в действии, но и часто, что является важным, подчеркивают оптимистический подход к терапии.

Автор книги кратко излагает теоретическое обоснование подхода, основные принципы и сущность клинической работы, приводит пошаговое описание самой техники EMDR и ее вариантов, проиллюстрированное фрагментами реальных психотерапевтических сеансов.

Бесспорно, рецензируемая книга является важным вкладом в углубление понимания травмы в целом и шизофрении в частности. Отмечается, что идеи П.У. Миллера приносят исцеление и солнечный свет в область, которая так долго находилась в темноте, и открываются двери для десятков тысяч людей, страдающих шизофренией и другими психотическими расстройствами, которым ранее необоснованно отказывалось в эффективном комплексном лечении.

К сожалению, степень ясности аргументов в поддержку эффективности EMDR-терапии при лечении шизофрении выражена, как нам представляется, недостаточно ясно. Кроме этого, в рецензируемой монографии имеется ряд неопределенных эмпирических данных, недостаточно освещены вопросы применения техники EMDR в клинических условиях, а также совместимость EMDR-терапии с современной клинической практикой. Следовательно, эта книга не является источником для тех, кто заинтересован

в беспристрастной оценке доказательной базы для EMDR-терапии. Скорее всего, это описание формирующегося нового метода лечения от сингулярно заинтересованного наблюдателя и практика этого увлекательного вмешательства.

Следует указать, что эта уникальная техника EMDR эффективно используется в работе с жертвами изнасилования, участниками военных действий, людьми, пережившими стихийное бедствие, с пациентами, страдающими диссоциативными расстройствами, а также шизофренией, другими психотическими расстройствами.

Книга, несомненно, обогатит инструментарий практикующих психотерапевтов, психологов и послужит толковым учебным пособием для студентов и начинающих психиатров, психотерапевтов и психологов. Небезынтересно, что в настоящее время данная книга ввиду ее актуальности переиздается в разных странах на разных языках. Хочется надеяться, что она будет переиздана и в Украине на доступном языке.

Рецензенты:

**Доцент, кандидат медицинских наук,
врач-психиатр П.Т. Петрюк,
врач-психиатр А.П. Петрюк**

г. Харьков, 15.05.2017 года

Методи дослідження психофізіологічних та особистісних якостей військовослужбовців

Шелестова О.В.

Резюме. Стаття посвящена підбору психодіагностических методик, которые в первую очередь позволяют выявить медико-психологические факторы расстройств адаптации у военнослужащих. Подбор методик носил комплексный и разносторонний характер и был направлен в первую очередь на изучение психофизиологических качеств личности военнослужащего, копингстратегий преодоления стрессовых ситуаций. Необходимость пересмотра традиционного подхода к психодиагностике и профессионального отбора военнослужащих, сочетание традиционного подхода и применения менее известных специализированных методик и рисуночных тестов позволяет провести более качественный отбор и прогнозирование отклонений в поведении и предупреждения нарушений в военно-профессиональной деятельности.

Ключевые слова: психофизиологические качества, личностные качества, психодиагностика, психодиагностические методики, рисуночные тесты, расстройства адаптации, посттравматические расстройства личности, негативные состояния, дезадаптация.

Methods of investigation of psycho physiological and personal qualities of servicemen

Shelestova O.V.

Resume. The article is dedicated to the selection of psychodiagnostic techniques, which, first of all, make it possible to identify the medical and psychological factors of adjustment disorders in servicemen. The selection of techniques was complex and multilateral and was aimed primarily on studying the psychophysiological qualities of a soldier's personality, coping strategy to overcome stressful situations. Necessity to revise the traditional approach to psychodiagnostics and professional selection of servicemen, the combination of the traditional approach and the use of less known specialized methods and drawing tests allows better selection and prediction of deviations in behavior and prevention of misconduct in military professional activity.

Key words: psychophysiological qualities, personal qualities, psychodiagnostics, psychodiagnostic techniques, drawing tests, adjustment disorders, post-traumatic personality disorder, negative condition, disadaptation.

Актуальність теми: Питання розладів адаптації вивчаються на поведінковому, фізіологічному, соціальному та інших рівнях. Для клініцистів важливу роль в діагностиці негативних наслідків стресових ситуацій, грає поява прикордонних негативних станів і прояви психічної дезадаптації. Такі прояви негативних станів можуть викликати цілий ряд порушень, і зачіпати всі сфери життя, приводити до соматичних хвороб, сімейних і службових проблем, проблем в міжособистісних відносинах, втрати працездатності, викликати гострі і хронічні болі, когнітивні й емоційні порушення і ін. Як правило, розлади адаптації супроводжуються негативними станами. Негативні емоційні реакції, такі як хвилювання, нервові напруження, тривога, страхи, агресивні реакції, фрустраційний стан, розгубленість тощо, які безпосередньо провокують виникнення розладів адаптації. І.А. Макух, Л.Н. Собчик Н.А. Шифнера, А.Е. Бобров, Н.А. Кулігіна вважають негативні стани факторами виникнення розладів адаптації. Психологічні особливості таких станів, що відносяться наприклад типових важких розладів адаптації, вивчалися багатьма дослідниками. Вчені В.А. Абрамов, Ю.А. Александровський, О.С. Антіпова, А.С. Акарачкова з співавт., В.А. Бордов, П.В. Волошін, В.Л. Гавенко, Н. Горовіц, Н.А. Шіфнер, А. Бобров, Н.А. Кулігіна, В. Лінський, Н.О. Марута, Л.Ф. Шестопалова, кажучи про розлади адаптації, мають на увазі багаторівневий, функціонально детермінований

процес з включенням в нього фізіологічних, особистісно-орієнтованих і соціальних компонентів.

Постановка проблеми: Питання розладів адаптації вивчаються на поведінковому, фізіологічному і соціальному рівнях. Для клініцистів важливу роль в діагностиці наслідків стресових ситуацій, грають прояви психічної дезадаптації. Такі прояви іноді досягають кількісних і якісних характеристик надзвичайного стресу (соматична хвороба, непрацездатність, гостра і хронічна біль, когнітивні і емоціональні, сімейні та службові проблеми, проблеми в міжособистісних відносинах).

Мета дослідження: підібрати психодіагностичні методики, які дозволять виявити медико-психологічні чинники розладів адаптації у військовослужбовців.

Матеріали дослідження: Психологічна діагностика військовослужбовців є важливою складовою системи оцінки професійної придатності та виявлення розладів адаптації; вона відіграє вирішальну роль у забезпеченні ефективного та надійного виконання професійної діяльності, у збереженні та відновленні здоров'я військовослужбовців за рахунок встановлення максимальної узгодженості індивідуальних психофізіологічних якостей військовослужбовця із вимогами їх професійної діяльності. Однак, як відомо, високої

ефективності психологічна діагностика військовослужбовців може досягати лише за умови дотримання таких принципів при обстеженні, як комплексність, динамічність, наукова обґрунтованість, групування та використання методик, які задовольняють вимогам валідності, надійності, інформативності, практичності [1,2,3,4].

Проведений нами психологічний аналіз специфіки розладів адаптації і професійних вимог до індивідуальних психофізіологічних властивостей військовослужбовця дозволив критично оцінити значну кількість методик, які традиційно застосовуються при відборі військовослужбовців та визначити найбільш інформативні для ефективною діагностики методичні підходи.

Рекомендовані нами для діагностики військовослужбовців методики задовольняють вимогам, які висуваються для методик психофізіологічного відбору [1,2]. Висока дискримінантна здатність і низький інтеркореляційний зв'язок між методиками сприяють всебічному вивченню якостей військовослужбовця, забезпечує винесення валідних і надійних психодіагностичних і прогностичних суджень відносно придатності особи здійснювати військово-професійну діяльність. Валідність тестової батареї для оцінки розладів адаптації забезпечується достовірними кореляційними зв'язками між психофізіологічними показниками та критеріями розладів адаптації.

В результаті проведеного дослідження були визначені також методики, які можуть бути рекомендовані на різних етапах діагностики: первинному, повторному, а також діагностичний інструментарій для застосування в межах психофізіологічного супроводу військовослужбовців: для моніторингу психофізіологічного стану з урахуванням особливих умов професійної діяльності.

У зв'язку з високими вимогами і відповідальністю до військової діяльності, діагностування та прогнозування розладів адаптації та професійної придатності має здійснюватись з урахуванням значного обсягу інформації про індивідуальні психофізіологічні властивості та особистість військовослужбовця. За результатами проведеного дослідження на основі кількісних і якісних критеріїв був визначений основний перелік методик для психологічної діагностики військовослужбовців, який охоплює різні сторони індивідуальності. Цей перелік включає:

1. Нейродинамічний блок:
 - 1.1. Тест Вартега;
 - 1.2. Модифікований тест вибору кольорів М.Люшера.
2. Когнітивний блок:
 - 2.1. Методика «Пам'ять на слова»;
 - 2.2. Методика дослідження уваги «таблиці Шульте»;
 - 2.3. Тест структури інтелекту Векслера.

3. Особистісний блок:

- 3.1. Особистісний опитувальник Р.Кетела 16 PF;
- 3.2. Особистісний опитувальник MMPI;
- 3.3. Особистісний опитувальник Акцент 2-90.

Кількісні результати стандартизованих психодіагностичних методик доповнюються даними, отриманими за допомогою інтерпретаційних та клінічних методів, які застосовуються в процесі діагностичного інтерв'ю, опитування і спостереження, та дозволяють отримати діагностично-важливу інформацію за рахунок оцінки поведінки особи в ситуації дослідження. Важливим для отримання надійного діагностичного і прогностичного висновку також є залучення до експериментальних даних матеріалів з супровідних документів. Комплексна програма психодіагностичного обстеження психічного стану військовослужбовців з розладами адаптації (ОГ) та військових без стресових порушень (ГП) представлена на рис. 1.

Розлади адаптації формувалися як результуюча взаємодії протективних чинників та предикторів, і проявлялися у вигляді психічних проявів — індикаторів, які вказували на перевищення нормативного бар'єру у відреагуванні на стресову ситуацію.

Індикаторами, які вказували на формування розладу адаптації у військових, були зміни у психологічному функціонуванні у вигляді тропної спрямованості в емоційній сфері, зростання показника аутогенної норми Вальнефера, превалювання негативних емоцій над позитивними, нейродинамічних проявів — посилення тонічної затримки та фіксування враховування, а також зниження уваги та пам'яті.

Предикторами стресових розладів у військовослужбовців на когнітивному рівні були низький рівень інтелекту, передіснююча когнітивна дисфункція (порушення пізнавальних процесів, викликані органічними ураженнями нервової системи), на особистісному — такі риси як емоційна нестійкість, підлеглість, скритність, боязливість, радикалізм, ригідність уяви, напруженість, психастенічність, інтровертованість, а також акцентуації характеру за тривожним, циклотимним, демонстративним, збудливим, дистимним та екзальтованим типами.

У якості протективних чинників виступали інтактність когнітивної сфери, високий рівень самоконтролю, моральна нормативність, гіпертимна акцентуація характеру.

В цілому перелік чинників-предикторів розладів адаптації у військовослужбовців на протигагу протекторним факторам був більшим, що вказувало на різноманітність психопатогенних механізмів формування дезадаптивних станів та відповідно їх проявів, а також на потребу приділити особливу увагу корекції дезадаптивних особистісних патернів та посиленню когнітивного резерву.

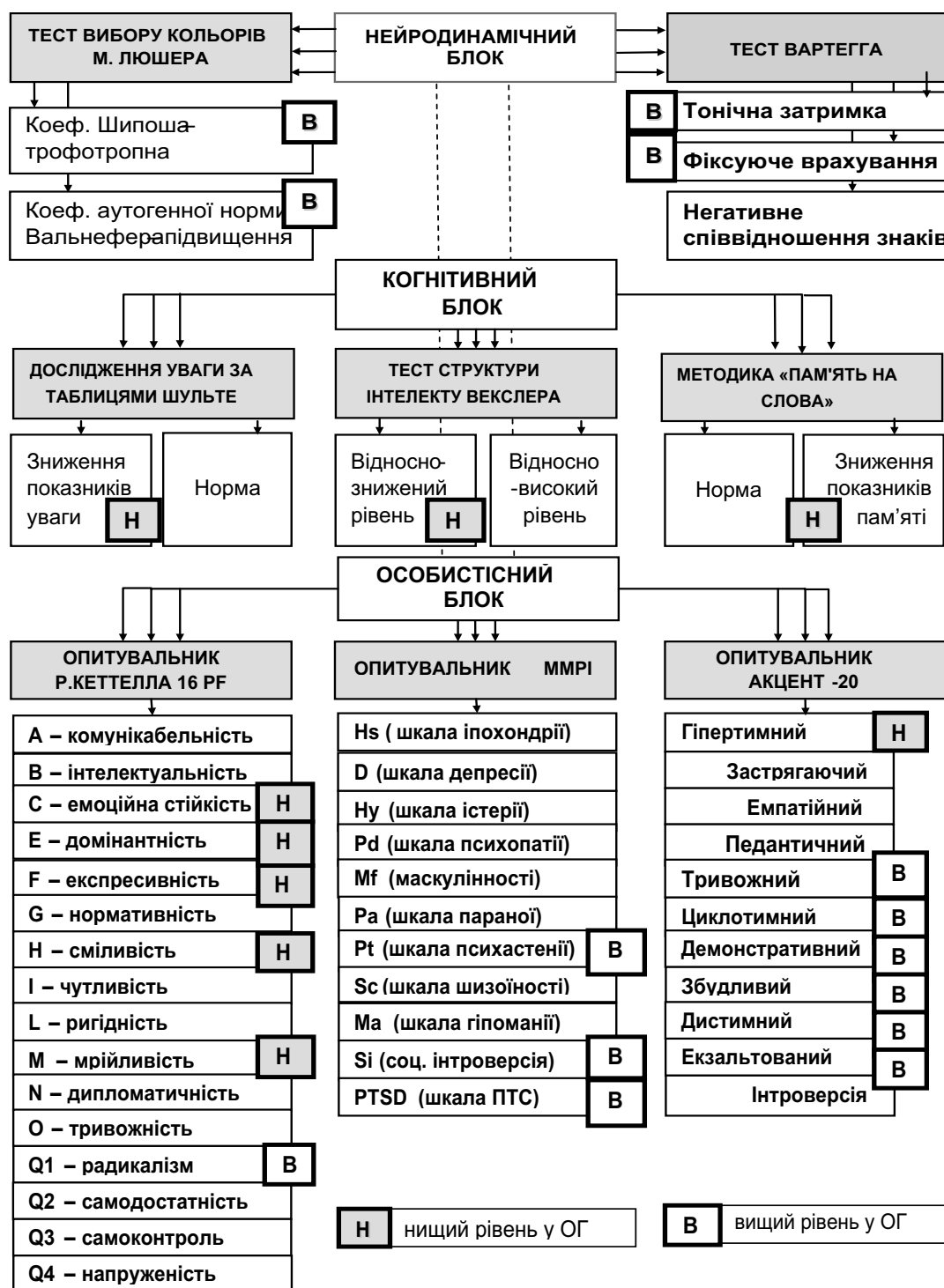


Рис. 1.

Комплексна програма психодіагностичного обстеження психічного стану військово-вслужбовців ОГ та ГП

Література

1. Бодров В.А. Психология профессиональной пригодности. — М.: ПЕР СЭ, 2001. — 511 с.
2. Макаренко М.В. Основы професійного відбору військових спеціалістів та методики вивчення індивідуальних психофізіологічних відмінностей між людьми. — К.: Ін-т фізіології ім.О.О.Богомольця НАН України, Науково-дослідний центр гуманітарних проблем ЗС України, 2006. — 395 с.
3. Корольчук М.С. Психофізіологія діяльності / Підручник для студентів вищих навчальних закладів. — К.: Ельга, Ніка-Центр, 2004. — 400 с.
4. Кулагин Б.В. Основы профессиональной психодиагностики. — Л.: Медицина, 1984. — 216 с

УДК 616.89:612.015:615.214].001.33:311.13.001.73/.76"312"(477)

Neuroscience based Nomenclature (NbN) in Ukraine

Oksana V. Zubatiuk

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology

Eugenia S. Nosova

Kaluga Regional Psychiatric Hospital, Russian Federation

Нейрохимически ориентированная классификация психотропных средств (NbN) в Украине

Целью работы было изучение готовности врачей-психиатров Украины к введению новой классификации психотропных средств (NbN), а также информирование и адаптация клиницистов к будущему внедрению данной классификации в практическую медицину.

Методы: анкетирование врачей-психиатров на базе кафедры психиатрии, психотерапии и медицинской психологии Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика в 2015-2017 гг, в котором приняли участие 150 врачей.

Результаты: в целом показали неготовность врачей-психиатров к введению принципиально новой, инновационной классификации.

Выводы: тенденции в Украине отражают общую для врачей разных стран неготовность к изменениям, что свидетельствует о необходимости периода активного и интенсивного информирования для возможности психологической адаптации практикующих врачей к будущему внедрению новой классификации в клиническую практику. С этой целью на нашей кафедре в программу обучения на этапе последипломного образования включены семинары по NbN-классификации.

Нейрохімічно орієнтована класифікація психотропних засобів (NbN) в Україні

Метою дослідження було вивчення готовності лікарів-психіатрів України до введення нової класифікації психотропних засобів (NbN), а також інформування та адаптація клініцистів до майбутнього впровадження даної класифікації у практичну медицину.

Методи: анкетування лікарів-психіатрів на базі кафедри психіатрії, психотерапії та медичної психології ім. П.Л. Шупика у 2015-2017 рр, у якому взяли участь 150 лікарів.

Результати: в цілому показали неготовність лікарів-психіатрів до введення принципово нової, інноваційної класифікації.

Висновки: тенденції в Україні відображають спільну для лікарів різних країн неготовність до змін, що свідчить про необхідність періоду активного та інтенсивного інформування для можливості психологічної адаптації практикуючих лікарів до майбутнього впровадження нової класифікації у клінічну практику. З цією метою на нашій кафедрі до програми навчання на етапі післядипломної освіти введені семінари з NbN-класифікації.

Purpose: we pursued two goals during our work. The first of them was to study the readiness of Ukrainian psychiatrists to introduce a new classification reflecting the latest trends in the integration of modern neurobiological research into clinical practice. The second goal was to include psychiatrists at the stage of postgraduate education of seminars on the Neuroscience based Nomenclature (NbN) [1] in the training program, aiming to inform and adapt practicing clinicians to the future implementation of this classification into practical medicine.

Methodology: conducting an anonymous questionnaire of psychiatrists based on the Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology of the Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education. This survey was held in 2015-2017 with 150 people involved in the poll, among which 124 practicing doctors and

36 interns. As the basis for the questionnaire, the survey text was taken that was used for questioning participants of the annual ECNP congress in 2011-2012 [2].

Results of the survey showed that 54% of respondents agreed with the need to introduce a new classification, 40% were not sure about this, and 6% of participants were against it. 96% of respondents were familiar with the ATC classification of psychotropic drugs presented by WHO. 80% of respondents believed that the current classification of antidepressants has an effect on prescriptions, and different classes of drugs have significant clinical differences. When prescribing antidepressants, 78% of doctors are guided by the clinical efficacy of the drug, 12% by side effects, and only 6% and 4% respectively pay initial attention to the cost and pharmacokinetics as the main motivation for prescribing. When choosing the term for a new

generation of antipsychotics, the majority of respondents (38%) chose the old term — «atypical antipsychotics», 20% voted for «serotonin-dopamine agonists», and 12% for «second generation antipsychotics»; in addition, 30% of doctors would prefer the other name. If respondents could influence the basic principles of the psychotropic drugs classification, 70% would prefer a multi-vector classification. For group names, most of the interviewed doctors preferred stereotyped and well-established terms, e.g. SSRIs (selective serotonin reuptake inhibitors). Also this refers to the names of individual drugs — about a half of respondents chose the term specific for NbN, while the others considered it inconvenient for the use and preferred old, habitual clinical terms, or they expected for the other similar names.

Conclusions: Similar trends were identified when interviewing doctors from other European countries [2]. This confirms that doctors in various countries are generally not ready for possible changes as far as the practical implementation requires lots of energy and appears as resource-intensive. However, in the modern world all of the successful revolutions occur in «minds» first. The fundamentally new, innovative philosophy laid down in the basis of NbN has all aspects to be considered as revolutionary. To introduce it into clinical practice, some period of active and intensive information is required to enable psychological adaptation of practicing doctors. And we consider as a necessity to conduct seminars on NbN as a part of postgraduate education with no exception to our department.

[1] <https://www.ecnp.eu/research-innovation/nomenclature.aspx> <http://nbomenclature.org/>

[2] Zohar, J., Nutt D.J., Kupfer D.J., Moller H., Yamawaki S., Spedding M., Stahl S.M., 2014. A proposal for an updated neuropsychopharmacological nomenclature. European Neuropsychopharmacology 24, 1005-1014.

УДК 616.89-008.44461/.64-008.486]-085.851.12-085.214.32

Hoarding Disorder (article review)

Sherstobitova O. V.

Department of Psychiatry, Psychotherapy and Medical Psychology
Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

Патологічне накопичення (оглядова стаття)

Шерстобітова О.В.

Кафедра психіатрії, психотерапії та медичної психології НМАПО ім. П. Л. Шупика

Резюме. Патологічне накопичення характеризується надмірним придбанням, зберіганням, накопиченням предметів (тварин) та труднощами з їх утилізацією (віддачею), що в подальшому призводить до безладу, або тотального засмічення займаної людиною території. Стаття присвячена аналізу патологічного накопичення, а саме: особливостям перебігу, діагностики та лікування даного розладу.

Ключові слова: патологічне накопичення (хордінг, силогоманія, мшелоїмство, синдром Плюшкіна, синдром Діогена), особливості перебігу компульсивного хордінгу, психофармакологічне лікування.

Патологическое накопительство (обзорная статья)

Шерстобитова О.В.

Кафедра психиатрии, психотерапии и медицинской психологии НМАПО им. П. Л. Шупика

Резюме. Патологическое накопление характеризуется чрезмерным приобретением, хранением, накоплением предметов (животных) и трудностями с их утилизацией (отдачей), что в дальнейшем приводит к беспорядку, или тотальному засорению занимаемой человеком территории. Статья посвящена анализу патологического накопления, а именно: особенностям течения, диагностики и лечения расстройства.

Ключевые слова: патологическое накопление (хординг, силлогомания, мшелоимство, синдром Плюшкина, синдром Диогена), особенности течения компульсивного хординга, психофармакологическое лечение.

According to the Online Etymological Dictionary (2012), the word hoard derives from the Old English hord, whose meaning is «treasure, valuable stock or store.» In Proto-Germanic, it meant hidden treasure. The online version of the Merriam-Webster Dictionary (2012), somewhat similarly defines hoard as «a supply or fund stored up and often hidden away.»^[1-3]

«Hoarding» has meant different things across different cultures and epochs. Beginning in prehistoric times as a way to secure basic necessities, it has progressed as a way to protect valuables from unrest and crime. Hoarding became enshrined in mythology, and in classical times, hoarders were viewed as misers. The early Catholic Church labeled acquisitiveness as sinful. Hoarding entered the world of literature via the works of Dante and Renaissance drama and continued through the nineteenth century. At this point, social and behavioral scientists began to study hoarding, characterizing it as a mental illness. In the early twentieth century, Freud and others sought its origins within the psyche. Modern media also served to raise public awareness of the problem.^[3]

It was not until the 1990s that serious attempts were first made at systematically studying the phenomenon of hoarding. Until that time, most published material on the behavior was speculative

and not based on any real empirical data. Hoarding, when not appealing to be connected to OCPD, was assumed to be a subset of obsessive-compulsive disorder (OCD). This most likely resulted from the fact that these behaviors were sometimes seen to be performed in connection with the types of indecision and magical thinking seen to accompany many forms of OCD.^[3] The first study to systematically study and define hoarding was published in 1993 by Frost and Gross. Hoarding was defined by these authors as «the acquisition of, and failure to discard, possessions which appear to be useless or of limited value.» In 1996, Frost and Hartl published an article that proposed the first cognitive-behavioral model of the underpinning of hoarding behavior. In this article, hoarding was «conceptualized as a multifaceted problem stemming from: (1) information processing deficits; (2) problems in forming emotional attachments; (3) behavioral avoidance; and (4) erroneous beliefs about the nature of possessions.»^[4]

The **aim** of the study was to analyze the literature research of diagnostic criteria, features; research tools and treatment in people with hoarding disorder.

Method: The search for modern publications was carried out in electronic databases: «Research Gate», «Cochrane Library», «Psychiatry & Mental

Health — Medscape», «Psychiatry Online», «University of British Columbia Library», «The British Journal of Psychiatry» from the last years, by the combination of words and phrases: hoarding, hoarding disorder, compulsive hoarding, hoarding behavior, hoarding buried alive, treatment of HD, HD diagnostic criteria, etc.

Compulsive hoarding, also known as **hoarding disorder**,^[5] is a pattern of behavior that is characterized by excessive acquisition and an inability or unwillingness to discard large quantities of objects that cover the living areas of the home and cause significant distress or impairment.^[6] Compulsive hoarding behavior has been associated with health risks, impaired functioning, economic burden, and adverse effects on friends and family members.^[7] When clinically significant enough to impair functioning, hoarding can prevent typical uses of space, enough so that it can limit activities such as cooking, cleaning, moving through the house, and sleeping. It can also put the individual and others at risk of fires, falling, poor sanitation, and other health concerns.^[8] Compulsive hoarders may be aware of their irrational behavior, but the emotional attachment to the hoarded objects far exceeds the motive to discard the items.

Unlike most psychological disorders, the burden of HD extends beyond the individual and their family to local communities and public health services. Impact of hoarding disorder: at a population level, hoarding difficulties are common, even more so in older adults. The prevalence of clinically significant hoarding is estimated at 2.3 to 6%.^[9-11,13] Prevalence appears to increase with age, with one study finding that the prevalence of hoarding difficulties in individuals aged over 54 years was three times that observed in individuals aged 34 to 44 years.^[12,13] Hoarding can cause serious physical (safety, health) and functional (financial, housing, employment) impairment that adversely affects the individual, family members, and the community. Hoarding has been associated with childhood adversity and various stressful life experiences, but not specifically post-traumatic stress disorder.^[3]

Hoarding disorder is now a well-defined disorder in the DSM-5, characterized by attachment to and difficulty parting with objects, disorganized clutter, and associated impairment and distress.^[3]

The diagnostic criteria for HD include:

- A. Persistent difficulty discarding or parting with possessions, regardless of their actual value.
- B. This difficulty is due to a perceived need to save the items and to distress associated with discarding them.
- C. The difficulty discarding possessions results in the accumulation of possessions that congest and clutter active living areas and substantially compromises their intended use. If living areas

are uncluttered, it is only because of the interventions of third parties (e.g., family members, cleaners, authorities).

- D. The hoarding causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning (including maintaining a safe environment for self and others).
- E. The hoarding is not attributable to another medical condition (e.g., brain injury, cerebrovascular disease, Prader-Willi syndrome).
- F. The hoarding is not better explained by the symptoms of another mental disorder (e.g., obsessions in obsessive-compulsive disorder, decreased energy in major depressive disorder, delusions in schizophrenia or another psychotic disorder, cognitive deficits in major neurocognitive disorder, restricted interests in autism spectrum disorder).

Specify if:

With excessive acquisition: If difficulty discarding possessions is accompanied by excessive acquisition of items that are not needed or for which there is no available space.

Specify if:

With good or fair insight: The individual recognizes that hoarding-related beliefs and behaviors (pertaining to difficulty discarding items, clutter, or excessive acquisition) are problematic.

With poor insight: The individual is mostly convinced that hoarding-related beliefs and behaviors (pertaining to difficulty discarding items, clutter, or excessive acquisition) are not problematic despite evidence to the contrary.

With absent insight/deiusionai beliefs: The individual is completely convinced that hoarding-related beliefs and behaviors (pertaining to difficulty discarding items, clutter, or excessive acquisition) are not problematic despite evidence to the contrary.^[14]

Individuals with hoarding disorder purposefully save possessions and experience distress when facing the prospect of discarding them. The most commonly saved items are newspapers, magazines, old clothing, bags, books, mail, and paperwork, but virtually any item can be saved. Many individuals collect and save large numbers of valuable things as well, which are often found in piles mixed with other less valuable items. Hoarding disorder contrasts with normative collecting behavior, which is organized and systematic, even if in some cases the actual amount of possessions may be similar to the amount accumulated by an individual with hoarding disorder. Normative collecting does not produce the clutter, distress, or impairment typical of hoarding disorder.^[14]

Approximately 80%-90% of individuals with hoarding disorder display excessive acquisition.

The most frequent form of acquisition is excessive buying, followed by acquisition of free items (e.g., leaflets, items discarded by others). Stealing is less common items.^[14]

Community surveys estimate the point prevalence of clinically significant hoarding in the United States and Europe to be approximately 2%-6%. Hoarding disorder affects both males and females, but some epidemiological studies have reported a significantly greater prevalence among males. Hoarding symptoms appear to be almost three times more prevalent in older adults (ages 55-94 years) compared with younger adults (ages 34-44 years).^[14]

Approximately 75% of individuals with hoarding disorder have a comorbid mood or anxiety disorder. The most common comorbid conditions are major depressive disorder (up to 50% of cases), social anxiety disorder (social phobia), and generalized anxiety disorder. Approximately 20% of individuals with hoarding disorder also have symptoms that meet diagnostic criteria for OCD.^[14]

Other common features of hoarding disorder include indecisiveness, perfectionism, avoidance, procrastination, difficulty planning and organizing tasks, and distractibility. Some individuals with hoarding disorder live in unsanitary conditions that may be a logical consequence of severely cluttered spaces and/or that are related to planning and organizing difficulties. The rate of marriage appears to be low, with many people who hoard living alone, some with lower incomes. Overall, research has identified very few sex-linked features, although there may be some differences with regard to comorbid conditions, but the nature of these differences remains inconsistent in existing research. Animal hoarding may be a special manifestation of hoarding disorder. Most individuals who hoard animals also hoard inanimate objects. The most prominent differences between animal and object hoarding are the extent of unsanitary conditions and the poorer insight in animal hoarding.

Research tools for HD:

- Hoarding Rating Scale (HRS)
- Saving Inventory—Revised (SI-R)
- Clutter Image Rating (CIR)
- Saving Cognitions Inventory (SCI)
- Activities of Daily Living for Hoarding (ADL-H)
- Family Response to Hoarding Scale (FRHS)
- etc.^[16]

About Treatment

Successful hoarding treatment requires the patient to have a high degree of motivation and commitment. Attempts to clean out the homes of people who hoard without treating the underlying problem usually fail. Families and community agencies may spend many hours clearing a home only to find that the problem recurs, often within just a few months.

Hoarders whose homes are cleared without their consent often experience extreme distress and may become further attached to their possessions; this may lead to the refusal of help in the future.^[15]

However, people with HD often do not recognize that there is a problem with their behavior or their living conditions. For these individuals, who are unlikely to be interested in psychological treatment, a harm-reduction approach may help. A harm-reduction approach involves targeting only those aspects of hoarding behavior that place the individual, or others at significant risk.^[17]

Effective treatments for hoarding disorders include cognitive-behavioral psychotherapy, in which the individual learns to make decisions about what to save versus what to discard, to cease acquisition of new possessions, and to lessen anxiety when discarding possessions. There is evidence in the psychological research literature that both individual and group cognitive-behavior therapy can decrease hoarding-related thoughts and behaviors.^[17]

Medications may also be helpful for people with HD. Venlafaxine is an SSRI — suggest a good response with hoarding behaviors in some individuals, with a trend for greater reduction in hoarding symptoms than that seen with paroxetine.^[18]

New treatment strategies might include cognitive enhancers such as donepezil or galantamine, which increase cholinergic neurotransmission in the cerebral cortex. Stimulant medications can increase the functioning of medial prefrontal cortical areas involved in attention and executive functioning.^[19]

Symptom improvement from pharmacotherapy for compulsive hoarding appears to be at least as good as that resulting from CBT. It is now thought that the combination of pharmacotherapy and CBT for compulsive hoarding is likely more effective than either treatment alone.^[19]

Conclusions

Understanding of the hoarding disorder will eventually lead to new avenues of treatment and research. The diagnostic and treatment methods are especially important because severe hoarding can result in serious physical (safety, health) and functional (financial, housing, employment) impairment that adversely affects the individual, family members, and the community.^[3]

Treatment of hoarding disorder can be challenging because many people don't recognize the negative impact of hoarding on their lives or don't believe they need treatment. The main treatment for hoarding disorder is cognitive behavioral therapy. CBT will help establish and maintain an individual's motivation for change, while engaging the patient in cognitive and behavioural strategies to reduce acquiring and facilitate discarding. Treatment often involves routine assistance from family, friends and agencies to help remove clutter. Medications may

be added, particularly if patients also have related pathology, such as anxiety and/or depression that often occur along with hoarding disorder.

While research to date has shed some light on reasons for onset, the specific linkages to childhood adversity and stressful or even traumatic life experiences remain somewhat unclear. In addition,

experiences such as the loss of important relationships and loss or damage to possessions suggest that accumulation of clutter might provide a protective function in response to some of these concerns about security and safety. More research is needed to determine how such experiences are tied to various aspects of hoarding behavior.

References:

1. Online Etymological Dictionary
http://www.etymonline.com/index.php?allowed_in_frame=0&search=hoard
2. Merriam-Webster Dictionary <https://www.merriam-webster.com/dictionary/hoard>
3. Randy O. Frost, Gail Steketee (2014). The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring New York: Oxford University Press; 395. p. 6-16; 19-32.
4. Frost R.O., Gross R. C. (1993). The hoarding of possessions. Behav. Res. Ther.; 31(4), p. 367-381. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8512538>
5. «Epidemiology of hoarding disorder». Retrieved 2014-05-01. Bjp.rcpsych.org. 2013-10-24.
6. Frost R.; Hartl T. (1996). «A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding». Behavior Research and Therapy. 34 (4): p. 341–350. doi:10.1016/0005-7967(95)00071-2.
7. Tolin D.F.; et al. (2008). «Family burden of compulsive hoarding: Results of an internet survey». Behaviour Research and Therapy. 46: p. 334–344. doi:10.1016/j.brat.2007.12.008.
8. Tolin D.F.; Frost R.O.; Steketee G. (2007). «An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding». Behaviour Research and Therapy. 45: p. 1461– 1470. doi:10.1016/j.brat.2007.01.001.
9. Bulli F., Melli G., Carraresi C., Stopani E., Pertusa A., Frost R.O. (2014) Hoarding behaviour in an Italian non-clinical sample. Behav. Cogn. Psychother. 42: p. 297-311.
10. Mueller A., Mitchell J.E., Crosby R.D., Glaesmer H., de Zwaan M. (2009) The prevalence of compulsive hoarding and its association with compulsive buying in a German population-based sample. Behav. Res. Ther.; 47: p. 705-709.
11. Timpano K.R., Exner C., Glaesmer H., et al. (2011) The epidemiology of the proposed DSM-5 hoarding disorder: exploration of the acquisition specifier, associated features, and distress. J. Clin. Psychiatry.; 72: p. 780-786.
12. Samuels J.F., Bienvenu O.J., Grados M.A., et al. (2008) Prevalence and correlates of hoarding behavior in a community-based sample. Behav. Res. Ther.; 46: p. 836-844.
13. Jessica R. Grisham, Peter A. Baldwin. (2015) Hoarding disorder .Cutting through the clutter. Medicine Today; 16(9):p. 26-33. https://www.researchgate.net/profile/Peter_Baldwin/publication/283132824_Hoarding_disorder_cutting_through_the_clutter/links/565e935a08aeafc2aac9077f.pdf?origin=publication_list
14. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fifth edition DSM-5TM). Washington, DC: 970; p. 247-251.
15. Grisham JR, Brown TA, Savage CR, et al. Neuropsychological impairment associated with compulsive hoarding. Behav Res Ther. 2007;45:1471-1483.
<https://www.uspharmacist.com/article/hoarding-disorder-diagnosis-and-treatment>
16. Gail Steketee and Randy O. Frost. (2013) Treatment for Hoarding Disorder. Therapist Guide. Second Edition. New York: Oxford University Press; 253. P.193-253. <https://global.oup.com/academic/product/treatment-for-hoarding-disorder-9780199334964?cc=us&lang=en>
17. Tompkins, Michael A. (2015) Clinician's Guide to Severe Hoarding: A Harm Reduction Approach. New York: Oxford University Press; 412. P.377. <http://www.springer.com/us/book/9781493914319>
18. Saxena S, Summer J. (2014) Venlafaxine extended-release treatment of hoarding disorder. Int. Clin. Psychopharmacol.; 5:p.266-273.
<https://www.uspharmacist.com/article/hoarding-disorder-diagnosis-and-treatment>
19. Saxena S. Pharmacotherapy of compulsive hoarding. (2011) J. Clin .Psychol.;67(5):477-484.
<https://www.uspharmacist.com/article/hoarding-disorder-diagnosis-and-treatment>

До уваги авторів:

1. До журналу «Психічне здоров'я» приймаються матеріали, які раніше не друкувалися і не розглядалися на предмет публікації в інших виданнях.
2. Відповідальність за достовірність наданої інформації покладається на авторів.
3. Відповідно до Постанови Президії Вищої атестаційної комісії України від 15.01.2003 р. № 7-05/1 «Про підвищення вимог до фахових видань, внесених до переліків ВАК України» на розгляд до журналу «Психічне здоров'я» прийматимуться лише наукові статті, які мають такі необхідні елементи:
 - постановка проблеми у загальному вигляді та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями;
 - аналіз останніх досліджень і публікацій, в яких започатковано розв'язання даної проблеми і на які спирається автор, виділення не вирішених раніше частин загальної проблеми, котрим присвячується означена стаття;
 - формулювання цілей статті (постановка завдання);
 - виклад основного матеріалу дослідження з повним обґрунтуванням отриманих наукових результатів;
 - висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у цьому напрямку.
4. Статті публікуються мовою оригіналу — українською, російською, англійською. Структура статті: резюме (не більше 120 знаків), резюме двома іншими мовами з ключовими словами, вступ, об'єкт та методи дослідження, результати їх обговорення, висновки.
5. Стаття має подаватися у 2 примірниках на папері формату А4 (інтервал друку 0151 1,5; шрифт — Times New Roman; розмір шрифту — 14, поля (верхнє і нижнє — 2,5 см, ліве — 3 см, праве — 1,5 см); орієнтація стор. — книжна) та в електронному варіанті (формат тексту — ідентично до паперового, формат файлу — RTF або Word) на дискеті 3,5 дюймів. Стаття супроводжується листом — рекомендацією установи і висновком експертної комісії. Статтю підписують усі автори і візує науковий керівник. Обсяг статті — не більше 12 друкованих аркушів, для повідомлення — не більше 3. До статті мають додаватися фотографії усіх авторів: паперові (гарної якості) або в електронному вигляді (у форматі *.jpg або *.tif на 300 dpi).
6. На окремому листку надається повна інформація про авторів з вказуванням повних імен, професійної посади, вченого ступеня та звання, телефону чи факсу для можливого зв'язку з автором.
7. Список використаної літератури та основних джерел інформації складається за стандартом ГОСТ 7.1-84. Бібліографія подається в послідовності відповідно до зустрічі в тексті. Посилання на літературні джерела у тексті слід давати у квадратних дужках відповідно до нумерації їх у списку літератури.
8. Усі фізичні величини та одиниці слід наводити за системою СІ; терміни — згідно з анатомічною, гістологічною номенклатурами; назви захворювань — згідно з МКХ-10.
9. Малюнки, фотографії подаються у 2 примірниках з підписом до них. Таблиці мають бути надруковані через 1,5 інтервали, у тексті на них даються посилання.
10. Заголовок статті повинен бути трьома мовами в наступній послідовності: УДК, назва, ініціали та прізвища авторів, заклад чи установа, з якої виходить стаття, ключові слова.
11. Редакція залишає за собою право скорочувати та редагувати прийняті до публікації матеріали, не змінюючи змісту статті.
12. Матеріали, оформлені без дотримання правил та не схвалені до друку, не розглядаються та авторам не повертаються.
13. Статті, що надходять до редакції, авторам не повертаються.

*З повагою, редакція журналу
«Психічне здоров'я»*

ДЛЯ НОТАТОК