

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УКРАИНЫ
ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. М. ГОРЬКОГО

**ЖУРНАЛ ПСИХИАТРИИ
И МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

**ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ
ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ**

**THE JOURNAL OF PSYCHIATRY
AND MEDICAL PSYCHOLOGY**

Научно-практическое издание
Основан в 1995 году

№ 3 (30), 2012 г.

Редакционно-издательский отдел
Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького

ЖУРНАЛ ПСИХІАТРІЇ ТА МЕДИЧНОЇ ПСИХОЛОГІЇ

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР В. А. Абрамов

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

О. В. Абрамов (відповідальний секретар), І. О. Бабюк, М. П. Бєро, Ю. В. Думанський, Б. Б. Івнєв, І. І. Зінкович, В. М. Казаков, Б. В. Михайлов, В. Б. Первомайський, В. С. Підкоритов, Т. Л. Ряполова, І. К. Сосін, С. В. Тітєвський, Л. Ф. Шестопалова, Л. М. Юр'єва

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

Ю. А. Александровський (Росія), О. М. Бачеріков (Україна), В. С. Бітенський (Україна), П. В. Волошин (Україна), В. А. Вербенко (Україна), В. Л. Гавенко (Україна), С. Є. Казакова (Україна), М. М. Кабанов (Росія), В. М. Кузнєцов (Україна), В. М. Козідубова (Україна), Г. М. Кожина (Україна), Н. О. Марута (Україна), В. Д. Мішієв (Україна), О. К. Напрєєнко (Україна), Б. С. Положий (Росія), Н. Г. Пшук (Україна), А. М. Скрипніков (Україна), П. Т. Сонник (Україна), І. Д. Спіріна (Україна), С. І. Табачніков (Україна), О. О. Фільц (Україна), О. С. Чабан (Україна), А. П. Чуприков (Україна).

Засновник і видавець:

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації КВ № 15891-4363 ПР від 13.11.2009р.

Наукове фахове видання в якому можуть публікуватися результати дисертаційних робіт на здобуття наукових ступенів доктора і кандидата наук (Затверджено постановою президії ВАК України від 14.04.2010р. № 1-05/3)

Рекомендовано до друку та поширення через мережу інтернет Вченою радою Донецького Національного медичного університету ім. М. Горького (протокол № 7 від 26.10.2012р.).

Адреса редакції:

Україна, 83037, м. Донецьк, вул. Одінцова, 19. Обласна клінічна психіатрична лікарня, кафедра психіатрії, наркології та медичної психології Донецького національного медичного університету. Тел./факс: (0622) 77-14-54, (062) 304-00-94.

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журналу: psychiatry.dsmu.edu.ua

СОДЕРЖАНИЕ

CONTENTS

| СОДЕРЖАНИЕ | 3 | CONTENTS |
|---|----|--|
| ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ | | ORIGINAL INVESTIGATION |
| Підкоритов В.С., Дьяченко Л.И., Кутіков О.С., Петриченко О.О., Кравчук Н.Г. Стан психічного здоров'я дитячого населення України та організація психіатричної допомоги | 5 | Podkorytov V.S., Dyachenko L.I., Kutikov A.E., Petrychenko O.O., Kravchuk N.G. Mental health state of a child population of Ukraine and an organization of mental health care |
| Ряполова Т.Л. Реабилитационный потенциал больных с манифестным приступом шизофрении | 16 | Ryapolova T.L. Rehabilitative potential in patients with manifestative schizophrenic attack |
| Абрамов В.А., Казаков В.Н., Лихолетова О.И., Ивнев Б.Б., Снегирь А.Г. Связанные с событиями потенциалы головного мозга у больных, перенесших первый психотический эпизод шизофрении | 20 | Abramov V.A., Kazakov V.N., Lykholetova O.I., Ivnev B.B., Snegir A.G. Event-related-potential in patients with first psychotic episode of schizophrenia |
| Бачериков А.М., Матюзок Е.Г., Харіна К.В., Лакинський Р.В., Райкова К.Є., Полоз Д.Д., Карамушко І.В., Власова А.І., Сітенко Л.М. Спроби навмисного самоотруєння у Харкові (2008 – 2009 роки) | 30 | Bacherikov A.N., Matuzok E.G., Kharina K.V., Lakinskiy R.V., Raykova K.E., Poloz D.D., Karamushko I.V., Vlasova A.I., Sitenko L.N. Attempts of the intentional self-poisoning are in Kharkov (2008 – 2009 years) |
| Полшкова С.Г. Щодо діагностики феномену аутоагресивної поведінки | 36 | Polshkova S.G. Diagnostics of phenomenon of autoaggressive behavior |
| Линский И.В., Малыхина Н.А. Динамика цветопредпочтения (по данным теста Люшера) эндогенных депрессивных расстройств с суицидальным поведением под воздействием комплексного лечения с применением лазеротерапии | 42 | Linskiy I.V., Malykhina N.A. Dynamics of preference of colors software to information of test of lyushera) endogenous depressed disorders with suicidal conduct under act of holiatry with the use of photoradiotherapy |
| Омельянович В.Ю. Гендерные особенности влияния механизмов копинг-поведения на развитие синдрома эмоционального выгорания у сотрудников органов внутренних дел | 47 | Omelyanovich V.Yu. Gender peculiarities of coping-behaviour mechanisms effect on the emotional burnout syndrome among internal affairs body employees |
| Бородавко О.О. Дослідження рольових позицій хворих на психічні розлади | 55 | Borodavko O. Study of role positions of patients with mental disorders |
| Пуятин Г.Г., Кокотова Е.А., Денисова Т.Ю., Бойченко А.А., Кириченко Н.И. Особенности терапии нарушений сна у больных с гастроэнтерологической патологией | 60 | Putyatin G.G., Kokotova O.O., Denisova T.Y., Boichenko O.O., Kirichenko N.I. Peculiarities of the sleeping therapy in patients with gastroenterological pathology |
| Волобуев В.В. Значимость краткосрочного психотерапевтического процесса при органических тревоге и депрессии в структуре непсихотических психических расстройств у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф | 67 | Volobuyev V.V. The importance of short-term psychotherapeutic process in organic anxiety and depression in the structure of non-psychotic mental disorders of the victims of technogenic disasters and accidents |
| Кожевникова В.А. Психологічна корекція взаємин хворих на психічні розлади з лікарем в ході лікувального процесу | 72 | Kozhevnikova V. Psychological treatment on patients with mental disorders with a doctor in treatment process |
| Друзь О.В. Терапія афективних розладів у осіб, залежних від опіоїдів, на етапі реабілітації | 76 | Druz' O.V. Therapy of affective disorders in opioid addicted patients, at the rehabilitation stage |
| Чугай С.Д. Динаміка показника якості життя у осіб з залежністю від алкоголю в процесі | 82 | Chugay S.D. Dynamics of index of quality of life at persons with dependence on alcohol in the |

підтримувального лікування антиконвульсантами

Пономарёв В.И. Мотивационные аспекты формирования суицидального поведения у лиц с синдромом зависимости от алкоголя

process of supporting medical treatment anticonvulsants

Ponomaryov V.I. Motivation aspects of suicidal behaviour formation in patients with alcohol dependence syndrome

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

SHORT REPORTS

Абрамов А.В. Опыт применения экспресс-теста для определения наркотиков при профессиональном отборе

Герасименко Л.О. Судинна деменція у загальномедичній практиці

Abramov A.V. Experience application express test for determining when narkotykov vocational otbore

Herasymenko L.A. Vascular dementia in general dentistry practice

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

SCIENTIFIC REVIEWS

Ряполова Т.Л. Интегративная технология организации и менеджмента мультидисциплинарной психиатрической помощи

Ryapolova T.L. Integrative technology of the organization and management of the multidisciplinary psychitric help

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

УДК 616.89-053.2:362.2 (477)

В.С.Підкоритов*, Л.І.Дьяченко*, О.Є. Кутіков*, О.О.Петриченко**, Н.Г.Кравчук**

СТАН ПСИХІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» *, м. Харків, Центр медичної статистики МОЗ України **, м. Київ

Ключові слова: психічне здоров'я, діти, психіатрична допомога

Стан психічного здоров'я є однією з складових, що з одного боку визначає фізичне та соціальне благополуччя особи, а з другого - впливає на інтелектуальний потенціал нації, розвиток трудових ресурсів, морально-етичну атмосферу в соціумі. Особливого значення набуває стан психічного здоров'я молодого покоління як майбутньої основи суспільства. Дитячий вік визначає початок формування особистості, закладаючи основи стану нервово-психічного здоров'я. На даний час проблема здоров'я дітей стає не тільки медичною, а й загальною суспільно-освітньою проблемою, внаслідок значного його погіршення, зростання поширеності розладів психіки та поведінки, інвалідизації хворих.

Епідеміологічні дослідження в різних країнах світу виявляють до 30-40% розладів психіки та поведінки різних форм важкості у осіб до 20 років. Кожна 5-та дитина у світі має емоційні, поведінкові або когнітивні розлади. Значної поширеності в дитячому віці набувають депресивні розлади, їх поширеність в популяції підлітків складає від 15 до 40%. За останнє десятиріччя кількість самогубств серед осіб віком 15-24 роки збільшилась майже у 2 рази.

Дитячий та підлітковий вік є найбільш вразливим для стресових ситуацій і виникнення емоційно-поведінкових та суїцидонебезпечних станів, які обумовлені особливостями психологічного розвит-

ку в цьому віці, конфліктними ситуаціями в сім'ї, школі, з однолітками. Тільки за даними офіційної медичної статистики в Україні біля 5% дітей та підлітків є споживачами медичної допомоги внаслідок розладів психіки та поведінки. Розлади психіки та поведінки у дітей складають 13,8%, у підлітків – 4,2% від загальної кількості зареєстрованих спеціалізованими лікувально-профілактичними закладами психічних розладів в населенні України. На дитячий вік припадає 8,4% інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки. В той же час, як констатує більшість дослідників з вивчення поширеності психічних розладів, в нашій та інших країнах світу точних даних про поширеність психічних розладів в населенні, в тому числі і серед дитячого населення, не існує, що обумовлено відсутністю реєстрації хворих, які мають проблему психічного здоров'я, але не звертаються за медичною допомогою або лікуються у спеціалістів загальної практики, залишаючись поза увагою психіатра.

В 2011 р. психіатричними закладами України було зареєстровано 160614 дітей віком 0-14 років (2472,5 на 100 тис. відповідного населення) та 48367 дітей віком 15-17 років (3208,9 на 100 тис. відповідного населення) з розладами психіки та поведінки. За 10-річний період показник зареєстрованої поширеності розладів психіки та поведінки у дітей зменшився, відповідно на 5,5% та 4,4% (табл.1) (рис.1).

Таблиця 1

Поширеність розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 та 15-17 років

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Показник на 100 тис. дитячого (0-14) населення | 2616,6 | 2656,5 | 2709,0 | 2726,6 | 2683,9 | 2673,6 | 2653,3 | 2608,8 | 2582,1 | 2521,3 | 2472,5 |
| Темп зростання (% до попереднього року) | | +1,52 | +1,98 | +0,65 | -1,57 | -0,38 | -0,76 | -1,68 | -1,02 | -2,35 | -1,9 |
| Показник на 100 тис. дитячого (15-17) населення | 3356,0 | 3271,5 | 3270,6 | 3227,6 | 3234,4 | 3225,9 | 3168,7 | 3190,9 | 3138,3 | 3181,6 | 3208,9 |
| Темп зростання (% до попереднього року) | | -2,52 | -0,03 | -1,31 | +0,15 | -0,26 | -1,77 | +0,7 | -1,65 | +1,38 | +0,9 |

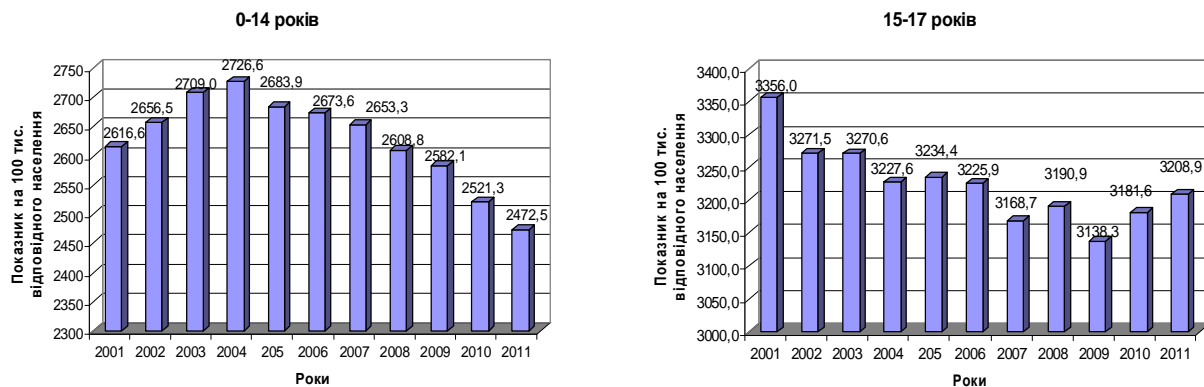


Рис.1. Поширеність розладів психіки та поведінки у дітей в Україні в 2001-2011 рр.

У структурі поширеності розладів психіки та поведінки у 2011 р., як і в попередні роки, переважали розлади непсихотичного характеру: 77,2% у дітей 0-14 років та 59,5% - у дітей 15-17 років. Найбільша питома вага в структурі поширеності розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років належала розладам особистості та поведінки – 61,8%, розумової відсталості - 20,8% та органічних, включаючи симптоматичні, розладів психіки – 11,8%. У дітей 15-17 років відсоток розладів особистості та поведінки зменшується до 39,0% і зростають показники розумової відсталості до 37,8% та органічних, включаючи симптоматичні, розладів психіки та поведінки – до 14,4%. Підвищується відсоток психотичних психічних розладів, в т.ч. розладів на шизофренію, шизотипові та маячні (1,2%), афективні розлади (0,3%)

Аналіз поширеності розладів психіки та поведінки у дітей за 2011 р. виявляє значні у 2,5-3 рази коливання цього показника в різних регіонах. Так, поширеність розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років в Волинській обл. складала 1246,1 на 100 тис. населення, в Закарпатській – 1660,7, Миколаївській 1851,5, а в Чернігівській області – 3520,3, Запорізькій – 3213,6, Харківській – 3116,6, при середньому по Україні – 2472,5. У дітей 15-17 років цей показник у м. Києві складав 1781,1 на 100 тис. відповідного населення, у Львівській області – 1997,5, Волинській – 2602,4. В той же час в Херсонській (4983,4), Луганській (4052,7), Запорізькій (4072,9) областях він перевищував середній по Україні (3208,9) у 1,5-2 рази. Такі ж коливання у 2,5-3,0 рази виявляються і в показниках психотичних і непсихотичних розладів психіки і поведінки, зареєстрованих психоневрологічними закладами в різних регіонах.

Колівання поширеності розладів психіки та поведінки по різних нозологічним формам в

областях ще більші. Так, поширеність органічних, включаючи симптоматичні розлади психіки та поведінки у 2011 р. в Сумській області складала у дітей 0-14 років 25,4 на 100 тис відповідного населення, в Волинській – 65,8, Рівненській – 95,8, а в Харківській – 834,0, Київській – 567,2, Львівській 527,0, по Україні – 290,8. У дітей 15-17 років цей показник складав в Сумській області 86,9, Волинській – 80,5, Вінницькій – 136,6. В той же час в м. Севастополі він був 1152,5, Харківській області – 1113,8, АР Крим – 1035,6; при середньому по Україні 463,3. Поширеність невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у дітей 0-14 років складала в Волинській обл. – 21,2, Миколаївській – 34,7, м. Севастополі – 31,6, при середньому по Україні 133,1, а в Хмельницькій (212,9), Київській (229,6), Харківській (394,3) – майже у 20 разів більше. Така ж ситуація і в показнику поширеності невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів у дітей 15-17 років. При середньому по Україні – 233,9, цей показник в Волинській області складав 61,0, в м. Києві – 103,9, Севастополі – 104,9, а в Чернівецькій (424,6), Запорізькій (487,1), Житомирській (527,2) областях він у 9 разів вищий. Такі ж значні розбіжності в регіонах і по іншим нозологічним формам.

Вікові та регіональні коливання показників поширеності розладів психіки та поведінки не можуть віддзеркалювати істинний стан поширеності цієї патології серед дітей. Вони скоріше характеризують рівень професійної кваліфікації лікарів-психіатрів в областях, активність звертання населення за медичною допомогою в психіатричні заклади, регіональні особливості в підходах до взяття хворих під спостереження і, можливо, деякий вплив на показник кількісної структури населення в різних регіонах.

Динаміка показників захворюваності дітей на

розлади психіки та поведінки свідчить про поступове їх зниження (табл. 2).

З 2001 р. ці показники зменшилися у дітей 0-14 років з 495,0 на 100 тис. відповідного населення до 456,2 у 2011 р., тобто на 7,8%. У дітей 15-17 р. їх зменшення більш суттєве: з 485,8 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 360,8 у 2011 р., тобто на 25,7% (рис.2).

Як і в попередні роки, найбільший показник зареєстрованої захворюваності на розлади психіки та поведінки у 2011 р. у дітей 0-14 років був в Чернігівській (929,7 на 100 тис. відповідного населення), Житомирській (841,0), Херсонській (758,4) областях. Значно нижчим за середній по Україні (456,2) цей показник був в Волинській (233,6), Чернівецькій (263,9) областях, м. Севастополі (258,9). У дітей 15-17 років показник зареєстрованої захворюваності більший за середній по Україні (360,8 на 100 тис. відповідного населення) був в Житомирській (947,3) та Херсонській (622,9), Тернопільській (655,1) областях, найменший - в м. Києві (110,2), Севастополі (136,3), Донецькій (194,9) області.

Вивчення коливань показників зареєстрованої захворюваності неспсихотичного та психотичного характеру в різних регіонах свідчить про їх розбіжність більш ніж у 3-5 і більше разів.

Найбільший показник вперше зареєстрованих розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у дітей 0-14 років був в Чернігівській (856,8), Житомирській (741,5) та Херсонській (674,5) областях. Нижчий за середній по Україні (384,2) він був в Чернівецькій (180,4), Волинській (184,4) та Миколаївській (221,5) областях. Такі ж коливання між різними регіонами виявляються в показнику зареєстрованих неспсихотичних психічних розладів і у дітей 15-17 років. Максимальним цей показник був в Житомирській (759,9), Тернопільській (568,1), Івано-Франківській (379,3) областях. Нижчий за середній по Україні (251,5) - в Донецькій (94,2) області, м. Києві (88,7) та м. Севастополі (104,9).

Найбільш високий показник зареєстрованих вперше психотичних розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років був в Донецькій (18,3), Чернівецькій (14,0), Чернігівській (10,1) областях, у дітей 15-17 років в Полтавській (22,9), Луганській (24,4) областях, м. Севастополі (31,4). Меншим за середній по Україні (7,3), показник зареєстрованих психотичних розладів психіки та поведінки у дітей 0-14 років був в Черкаській (2,9) Полтавській, Херсонській (по 3,1) областях, у дітей 15-17 років (середній по Україні – 13,5) в Хмельницькій, Львівській (4,2) та Черкаській (4,8) областях.

Таблиця.2

Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей віком 0-14 та 15-17 років

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|--------|-------|-------|
| Показник на 100 тис. відповідного (0-14) населення | 495,0 | 495,0 | 499,6 | 503,6 | 497,1 | 482,5 | 485,6 | 494,7 | 470,8 | 471,8 | 456,2 |
| Темп зростання (% до попереднього року) | | 0 | +0,93 | +0,8 | -1,29 | -2,94 | +0,64 | +1,87 | -4,8 | +0,21 | -3,3 |
| Щорічний внесок захворюваності в поширеність (в %) | 18,9 | 18,6 | 18,4 | 18,5 | 18,5 | 18,0 | 18,3 | 19,0 | 18,2 | 18,7 | 18,4 |
| Показник на 100 тис. відповідного (15-17) населення | 485,8 | 440,1 | 435,6 | 441,3 | 419,4 | 362,3 | 368,2 | 417,5 | 374,4 | 398,2 | 360,8 |
| Темп зростання (% до попереднього року) | | -9,41 | -1,02 | +1,31 | -4,96 | -13,61 | +1,63 | +13,39 | -10,32 | +6,36 | -9,4 |
| Щорічний внесок захворюваності в поширеність (в %) | 14,5 | 13,5 | 13,3 | 13,7 | 13,0 | 11,2 | 11,6 | 13,1 | 11,9 | 12,5 | 11,2 |

За 10-річний період кількість зареєстрованих вперше розладів психіки та поведінки неспсихотичного характеру у дітей 0-14 років зменшився на 5,1%, з 404,7 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 384,2 у 2011 р.; у дітей 15-17 років – на 18,1%, з 306,9 на 100 тис. відповідного населення у 2001 р. до 251,5 – у 2011 р.

Кількість зареєстрованих вперше розладів психіки та поведінки психотичного характеру у дітей 0-14 років зросла на 57,4%, з 4,7 у 2001 р. до 7,4 – у 2011 р. У дітей 15-17 років виявляється інша тенденція: зменшення цього показника

на 32,5%, з 20,1 у 2001 р. до 13,5 у 2011 р. Аналіз коливань цього показника в різних регіонах України також виявляє розбіжності у 5-10 разів.

Звертає увагу і коливання щорічних показників захворюваності на психічні розлади, особливо неспсихотичного регістру. Так, в АР Крим у 2009 р. було зареєстровано дітей 0-14 років з неспсихотичними психічними розладами 554,5 на 100 тис. населення, в 2010 р. – 679,0, а 2011 р. – 482,2. Відповідно у дітей 15-17 років: 671,5; 867,0; 360,1. В Луганській області вперше зареєстровано неспсихотичних форм психічних роз-

ладів у дітей 0-14 років у 2009 р. – 478,6, у 2010 р. – 513,6, у 2011 р. – 438,0, у дітей 15-17 років відповідно, 346,6; 338,9; 323,8. Такі щорічні коливання показників можуть характеризувати проведення в регіоні організаційних заходів надання медичної

допомоги, підходи до діагностики та реєстрації захворювання, одноразових профілактичних оглядів організованих колективів і ін., і підтверджувати відсутність даних про дійсну захворюваність дітей на розлади психіки та поведінки.

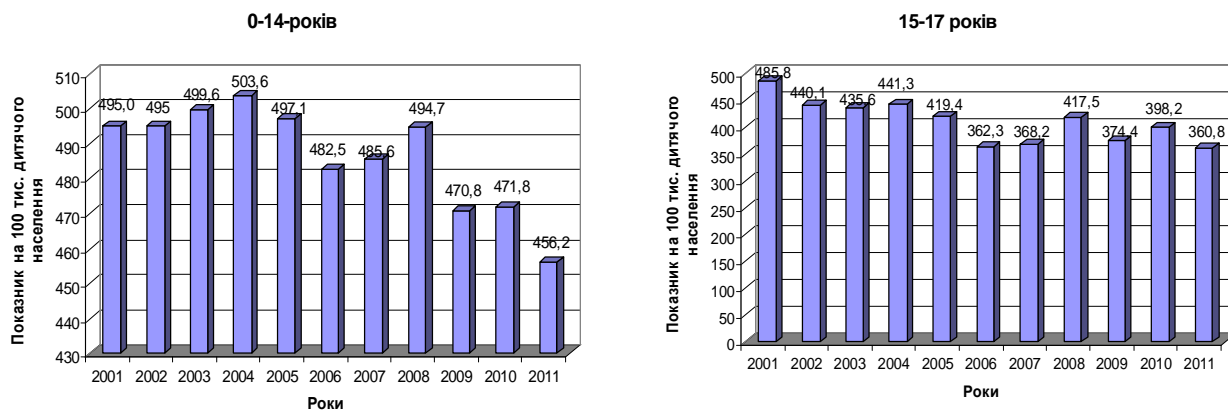


Рис.2. Захворюваність на розлади психіки та поведінки у дітей в Україні в 2011 р.

В структурі зареєстрованої захворюваності переважають психічні розлади непсихотичного характеру, які у 2011 р. склали у дітей 0-14 років 84,2%, у дітей 15-17 років – 69,7% від загальної кількості вперше зареєстрованих розладів психіки та поведінки.

Більш ніж в 2 рази зменшився показник зареєстрованої захворюваності у дітей 0-14 років на епілепсію (7,9 в 2001 р. і 3,1 в 2011 р.), невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади (відповідно, 43,9 та 23,2) та розумову відсталість (85,7 та 64,7). В той же час значно зросла кількість зареєстрованих хворих дітей на аутизм (1,0 та 5,2), збільшилась і кількість хворих з розладами особистості і поведінки та психологічного розвитку (відповідно, 313,4 і 319,4 та 303,3 і 314,6).

У дітей 15-17 років поступово знижуються показники зареєстрованої захворюваності на органічні, включно симптоматичні, розлади психіки з 69,7 у 2001 р. до 39,7 у 2011 р., афективні розлади, відповідно, 4,2 і 2,5, невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади з 70,7 до 54,6, розумову відсталість з 158,8 до 95,9. Незначно зріс показник захворюваності на шизофренію, шизотипові та маячні розлади – з 7,0 у 2001 р. до 10,8 у 2011 р. та майже не змінився показник розладів психологічного розвитку, поведінки та емоцій – 136,8 і 138,7.

Як у випадках з показниками поширеності психічних розладів серед дитячого населення різних регіонів України, так і значні розбіжності показників захворюваності, обумовлені кількома основними чинниками: рівнем професійної кваліфікації лікарів-психіатрів дитячих; рівнем довіри населення до психіатрів і, відповідно,

показниками своєчасного звертання за психіатричною допомогою,

характером організації і підходів до диспансерного спостереження таких хворих

Питома вага дітей інвалідів в загальній кількості інвалідів внаслідок розладів психіки та поведінки у 2011 р складала 8,4%. За рекомендацією ВООЗ та відповідними нормативно-директивними документами України дитячим віком визначено вік від 0 до 17 років включно і розрахунок показників інвалідності здійснюється на дитяче населення віком 0-17 років. Це спричинило перегляд контингенту дітей інвалідів через розлади психіки та поведінки і їх абсолютне кількісне збільшення у 2005 р. на 25,6% у порівнянні з 2004 р. З 2005 р. кількість хворих, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки поступово зменшується з 26515 до 23143 у 2011 р. За 10-річний період показник інвалідності дітей внаслідок розладів психіки та поведінки зріс на 6,6% , або з 271,3 на 100 тис. відповідного (0-17 років) населення у 2001 р. до 289,2 у 2011 р. (Рис.3).

Питома вага дитячої інвалідності у контингенті хворих дітей, які перебувають під наглядом психіатрів, практично стабільний і складає з 2005 р. в середньому – 10,8%, у 2011 р. - 11,1%. (табл.3).

Вивчення коливань цього показника в регіонах свідчить про те, що максимальним його значення у 2011 р., як і в попередні роки, було в Івано-Франківській (430,5 на 100 тис. населення), Чернівецькій (372,0) та Донецькій (352,0) областях, мінімальним - в АР Крим (193,3), м. Севастополі (201,2), Закарпатській області (212,8), при середньому по Україні 289,2.

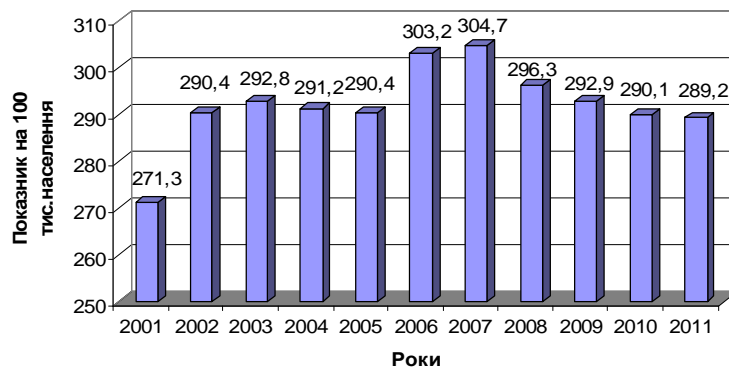


Рис.3. Динаміка інвалідизації дітей 0-17 років в Україні

Таблиця 3

Динаміка інвалідизації дітей внаслідок розладів психіки та поведінки

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Контингент дітей, які мають групу інвалідності (на 100 тис. населення) | 271,3 | 290,4 | 292,8 | 291,2 | 290,4 | 303,2 | 304,7 | 296,3 | 292,9 | 290,1 | 289,2 |
| % до попереднього року | | +7,0 | +0,8 | -0,5 | -0,5 | +4,4 | -0,5 | -2,8 | -1,2 | -1,0 | -0,3 |
| % до поширеності розладів психіки та поведінки | 7,6 | 8,0 | 7,9 | 7,8 | 10,3 | 10,8 | 11,0 | 10,8 | 10,9 | 10,9 | 11,1 |

Ще більш значні коливання показника інвалідності в областях по окремим нозологічним формам. Середній по Україні показник інвалідності дітей, хворих на шизофренію шизоафективні, шизотипові ті інші психотичні розлади складав на кінець 2011 р. 5,2 на 100 тис. дитячого (0-17 років) населення. За 10-річний період цей показник зріс на 8,3%, з 4,8 у 2001 р. до 5,2 у 2011 р. Коливання цього показника в регіонах більш ніж у 40 разів: в Сумській області в 2011 р. він складав 18,1, м. Києві – 11,0, в Харківській – 0,1, Волинській – 0,4, Тернопільській – 0,9, Запорізькій – 1,0. Вдвічі менше коливання показника інвалідності внаслідок епілепсії. В середньому по Україні цей показник складав 9,8, в Чернівецькій – 20,5, в Кіровоградській – 25,0, Хмельницькій - 18,7. Мінімальним він був у м. Севастополі – 0,0, АР Крим – 3,9 та Тернопільській області – 4,7. Найменші коливання в регіонах показника інвалідності дітей внаслідок розумової відсталості. Максимальним показник інвалідності внаслідок розумової відсталості був в Полтавській (311,5), Луганській (256,7), Одеській (251,7) областях, мінімальним – в АР Крим (132,1), Волинській (151,7) області та м. Севастополі (113,1), при середньому по Україні 206,0.

У 2011 р. психоневрологічними закладами України зареєстровано 23143 (289,2 на 100 тис.

дитячого нас.) дітей, які мають групу інвалідності внаслідок розладів психіки та поведінки. З них внаслідок шизофренії, шизоафективних, шизотипових розладів – 1,8% (5,2), епілепсії – 3,4% (9,8), органічних, включно симптоматичних, розладів психіки – 12,6% (36,5), розумової відсталості – 71,2% (206,0). (Рис.4).

Показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок розладів психіки та поведінки у 2005 р., коли були об'єднані дані на дітей 0-14 років та дітей 15-17 років, зріс на 13,3% з 33,9 у 2001 р. до 38,4 у 2005 р. Починаючи з 2005 р. він поступово зменшувався і на кінець 2011 р. складав 31,6 на 100 тис. дитячого (0-17 років) населення. (Рис. 5).

Первинно визнані інвалідами діти склали 7,2% від загальної кількості дітей з вперше встановленим діагнозом розладу психіки та поведінки. Щорічний внесок первинної інвалідності у контингент інвалідів дітей внаслідок розладів психіки та поведінки в середньому 10,5% , в 2011р. цей показник складав 10,9%. (табл.4).

Як і в попередні роки в 2011 р. найбільша кількість дітей, хворих на розлади психіки та поведінки первинно була визнана інвалідами в Житомирській (47,5 на 100 тис. дитячого населення), Запорізькій (46,1), Полтавській (44,7) областях, найменша – в Закарпатській (16,5), Волинській (17,9) областях, АР Крим (20,2), при середньому по Україні 31,6.

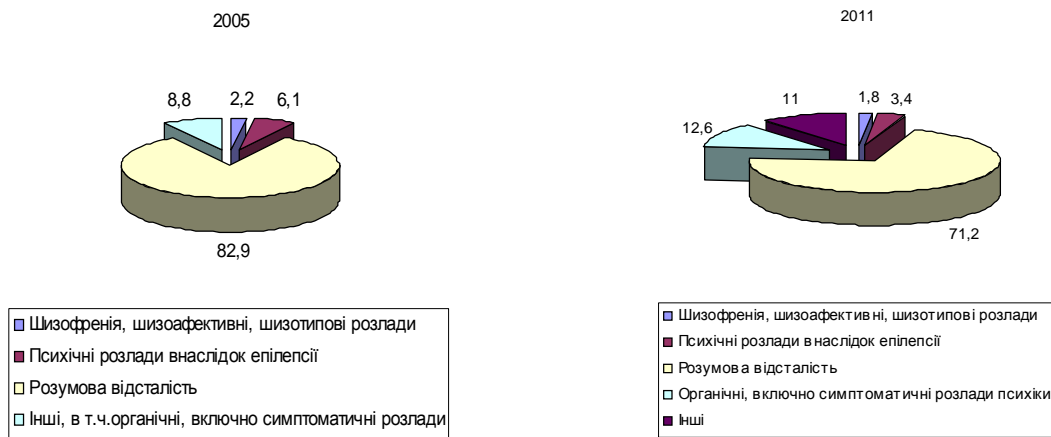


Рис.4. Структура інвалідності дітей 0-17 років, які мають групу інвалідності

Таблиця 4
Динаміка первинної інвалідації дітей, внаслідок розладів психіки та поведінки

| | 2001 | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
|---|------|------|------|------|-------|-------|------|------|------|------|------|
| Первинно визнано дітей інвалідами (на 100 тис. відповідного населення) | 33,9 | 33,0 | 33,2 | 31,4 | 38,4 | 30,9 | 28,9 | 28,2 | 28,7 | 30,6 | 31,6 |
| % до попереднього року | | -2,6 | +0,6 | +5,4 | +15,7 | -19,5 | -6,5 | -2,4 | +1,8 | +6,6 | +3,3 |
| % до показника захворюваності на розлади психіки та поведінки | 5,4 | 5,3 | 5,3 | 4,9 | 8,0 | 6,8 | 6,3 | 5,9 | 6,4 | 6,7 | 7,2 |
| % щорічного внеску первинної інвалідності у контингент, який має групу інвалідності | 12,5 | 11,4 | 11,3 | 10,8 | 13,2 | 10,2 | 9,5 | 9,5 | 9,8 | 10,6 | 10,9 |

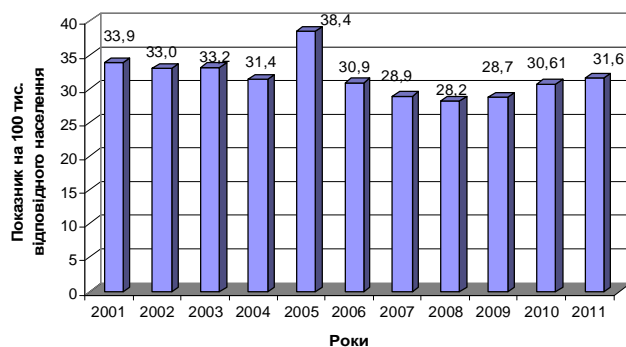


Рис. 5. Первинна інвалідація дітей 0-17 років в Україні

Вивчення щорічних коливань показника первинно визнаних інвалідами дітей з різними нозологічними формами розладів психіки та поведінки свідчить про те, що середній по Україні цей показник по шизофренії, шизоафективним, шизотиповим розладам в динаміці не перевищував 0,85-1,70. В значній кількості областей первинно визнаних інвалідами дітей в 2011 р. з такою патологією взагалі не було (Волинська, Житомирська, Миколаївська, Київська, Чернівецька області), найбільший показник визнаних первинно інвалідами дітей внаслідок шизофренії, шизоафективних, шизотипових, інших хронічних психотичних розладів реєструвався в

Кіровоградській (2,5), Сумській (3,8), Харківській (2,2) областях, найменший в Закарпатській (0,3), Вінницькій (0,3), Одеській (0,4) областях, при середньому по Україні 0,9, коливання цього показника між регіонами не перевищувало 2-2,5 рази. Більш значні щорічні коливання, з тенденцією до зниження, виявляються в показниках первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії. В 2011 р. первинно визнано інвалідами дітей внаслідок епілепсії – 0,9 на 100 тис. дитячого населення, і в порівнянні з 2005 р. він зменшився на 55,0%. Коливання цього показника, як і в попередні роки, в регіонах у 2-8 разів. Найбільшим показником визнаних

первинно інвалідами внаслідок епілепсії був в Чернівецькій (2,7), Харківській (2,2), Чернігівській (1,7) областях, найменший – в Київській (0,3), Закарпатській (0,3), Рівненській (0,3) областях. В Волинській, Івано-Франківській, Сумській, Тернопільській областях, м. Севастополі в 2011 р., як і в попередні роки, первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії не було. Показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок розумової відсталості складав у 2011 р. 17,4 на 100 тис. дитячого населення. В порівнянні з 2005 р. він зменшився на 39,6%, його коливання в різних регіонах перевищувало 2-4 рази. В Полтавській області цей показник складав 36,5 на 100 тис. дитячого населення. в Житомирській – 32,6, Сумській – 27,3, а в м. Севастополі він був 10,0, Черкаській – 10,3, Львівській – 10,6. Такі ж

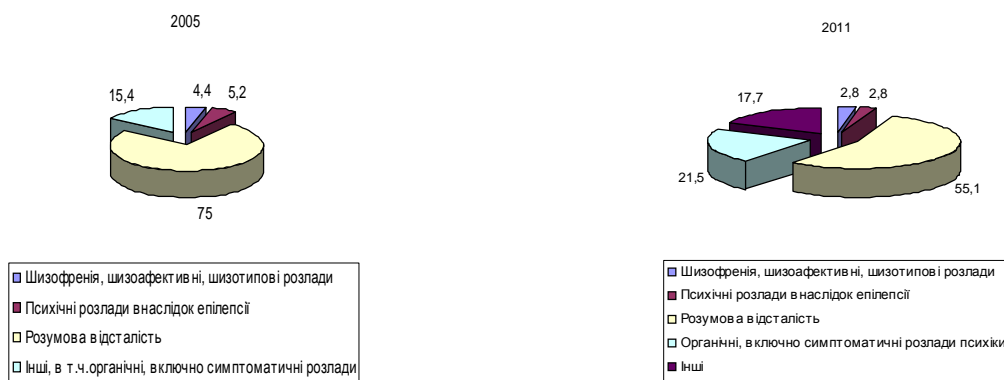


Рис.6. Структура первинної інвалідності дітей 0-17 років внаслідок розладів психіки та поведінки

Значні розбіжності показників інвалідності дітей внаслідок розладів психіки та поведінки як по регіонам України, так і по нозологічним формам психічних розладів пов'язані з одного боку з якістю роботи психіатричних закладів по виявленню і діагностиці захворювання, з іншого боку – роботою МСЕК.

На початок 2012 р. забезпеченість психіатричними ліжками дітей, хворих на психічні та поведінкові розлади складала 20,3 на 100 тис. дитячого населення проти 26,7 у 2001 р. Скорочення ліжкового фонду відбулось в більшості областей України. На 40-60% скоротилась кількість психіатричних ліжок для дітей в Дніпропетровській, Донецькій, Запорізькій, Івано-Франківській, Одеській областях, м. Києві, м. Севастополі. В той же час не зафіксовано зростання ліжкового фонду для дітей, хворих на психічні та поведінкові розлади в стаціонарній мережі загально-соматичних закладів, розширення мережі спеціалізованих кабінетів, удоско-

значні коливання в регіонах і в показнику первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок органічних, включно симптоматичних розладів психіки. При середньому по Україні в 6,8 на 100 тис. дит. нас., в Миколаївській області він був 18,1, Херсонській – 17,1, м. Севастополі – 16,6, а в Сумській обл. - 0,0, Закарпатській – 0,7, Хмельницькій – 1,2.

В структурі первинно визнаних інвалідами дітей, як і в попередні роки, перше рангове місце в 2011р. посідала розумова відсталість – 55,1% (17,4 на 100 тис. дитячого населення), проте в порівнянні з 2001 р. його питома вага зменшилась на 37,4%, на 69,0% зменшився і показник первинно визнаних інвалідами дітей внаслідок епілепсії і значно зріс показник первинно визнаних інвалідами внаслідок органічних включно симптоматичних і інших розладів психіки. (Рис.6).

налення позалікарняних форм психіатричної допомоги дітям.

В Київській, Херсонській, Чернівецькій, Рівненській областях дитячий ліжковий фонд психіатричних закладів, хоч і незначно, зріс на 15-20 ліжок (відповідно – з 17,7 у 2001 р. до 23,0 у 2011 р. з 11,1 до 15,0; з 16,2 до 25,9; з 1,9 до 3,7).

Недостатньо використовується ліжко для дітей з розладами психіки та поведінки в Івано-Франківській (163 дні), Чернігівській (193 дні), Полтавській (171 день) областях, при досить високих показниках захворюваності на психічні розлади в цих областях (відповідно, 384,3, 810,9 і 484,7 при середньому по Україні – 438,2). Найнижчий показник оберту ліжка також в Чернігівській (7,3), Полтавській (5,8) областях, при середньому по Україні – 11,9.

Середнє перебування хворого у стаціонарі досить різноманітне і коливається від 10-15 днів (Івано-Франківська, Рівненська області) до 39-

43 днів в Тернопільській і Сумській областях, при середньому по Україні 26 днів. За 10-річний період перебування хворого в стаціонарі скоротилось, в середньому по Україні на 7 днів.

За 10-річний період кількість стаціонарних ліжок для дітей 0-17 років в спеціалізованих психіатричних закладах України зменшилась на 24% (Рис.7).

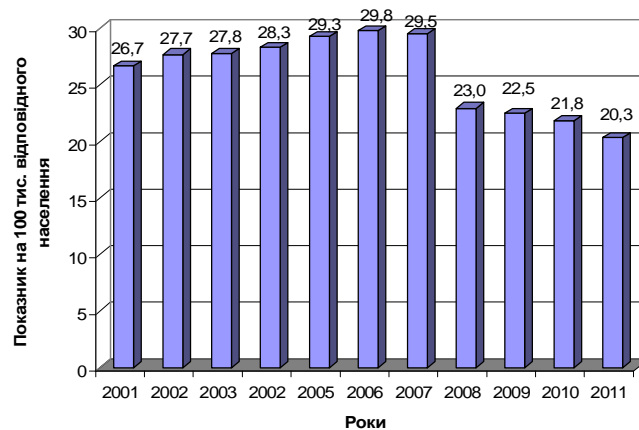


Рис.7. Кількість стаціонарних ліжок для дітей 0-17 років в спеціалізованих психіатричних закладах України в 2001-2011 рр.

Госпіталізована захворюваність дітей 0-17 у 2011 р. складала 270,0, дітей 0-14 років – 206,7, дітей 15-17 років – 542,8 на 100 тис. відповідного населення. За 10-річний період кількість госпіталізова-

них дітей 0-17 років зменшилась на 38%, дітей 0-14 років на 9,2% (з 227,5 у 2001р. до 206,7 у 2011 р.), дітей 15-17 років на 18,0% (з 662,1 до 542,8, відповідно) (Рис.8).

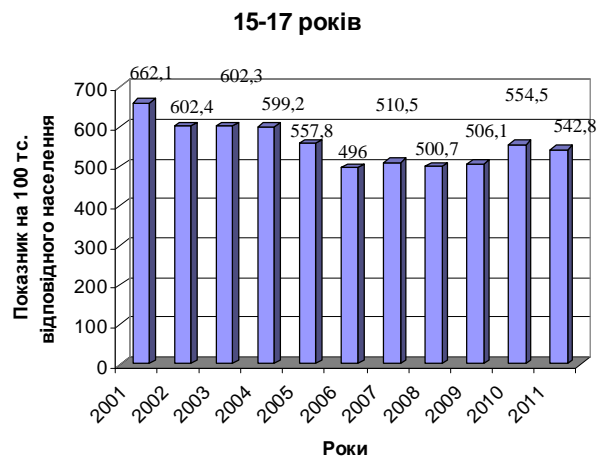
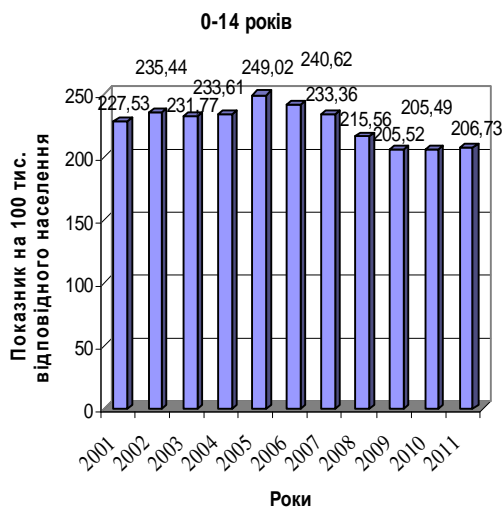


Рис.8. Динаміка госпіталізованої захворюваності дітей України

Аналіз госпіталізованої захворюваності виявляє значні розбіжності в регіонах до підходу стаціонарного лікування дітей. У 2011 р. при середньому показнику госпіталізованої захворюваності дітей 0-17 років – 270,0 на 100 тис. відповідного населення, в Рівненській області він склав 70,7, Донецькій – 104,2, а в АР Крим – 597,5, Черкаській області – 409,2.

В структурі госпіталізованої захворюва-

ності дітей 0-17 років, як і в попередні роки переважали розлади психіки непсихотичного характеру 145,6 на 100 тис. дитячого населення (53,9%), з них непсихотичні психічні розлади органічного походження – 53,0 (19,6%), розлади психологічного розвитку поведінки дитячого та підліткового віку – 81,3 (30,1%). Розумова відсталість складала 112,6 (41,7%). (рис.9).

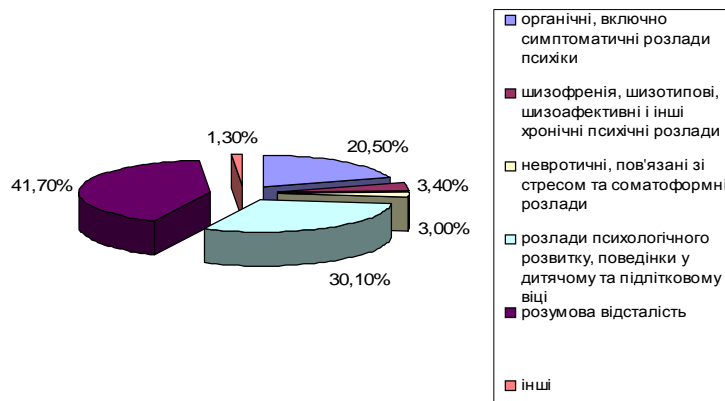


Рис.9. Структура госпіталізованої захворюваності дітей 0-17 років у 2011 р.

В структурі госпіталізованої захворюваності за 10-річний період суттєвих змін не виявлено, як і в щорічному відсотку госпіталізованих від загальної кількості хворих, які перебувають під спостереженням у психоневрологічних закладах, щорічно госпіталізується дітей 0-14 років 17-18%, підлітків – 8-8,5%.

Вивчення нозологічної структури госпіталізованої захворюваності виявив певні вікові розбіжності. За 10-річний період серед дітей 0-14 років збільшився тільки показник госпіталізованої захворюваності на органічні включно симптоматичні розлади на 12,6%, в т.ч. на інші психози та слабумство органічного походження вдвічі.

У дітей 15-17 років показник госпіталізованих на органічні включно симптоматичні розлади зменшився на 41,6%, але збільшився на шизофренію, шизоафективні, шизотипові та інші психотичні розлади на 4,4% та розумову відсталість на 8,1%

Серед госпіталізованих хворих дітей віком 0-14 років 60,0% склали хворі на непсихотичні психічні розлади і 37,9% - на розумову відсталість, серед дітей віком 15-17 років, відповідно, 43,8% та 48,0%.

В порівнянні з 2001 р. ці показники у дітей віком 0-14 років зменшились, а у дітей віком 15-17 років зменшився показник госпіталізованої захворюваності як психотичного, так і непсихотичного регістру, а показник на розумову відсталість зріс.

Аналіз показників госпіталізації дітей, хворих на психічні розлади засвідчує, що стаціонарне лікування і на сьогоднішній день залишається домінуючою формою психіатричної допомоги. Нагальною потребою є розвиток амбулаторної ланки психіатричної допомоги, як і впровадження мультидисциплінарних бригад в практику роботи стаціонарних і амбулаторних

дитячих психіатричних закладів.

Аналіз кадрового потенціалу психіатричної служби, що забезпечує спеціалізованою допомогою дітей, віддзеркалює той факт, що за 10-річний період забезпеченість дитячого населення лікарями психіатрами фізичними особами скоротилась на 5,9% У 2001 р. цей показник склав 5,08 на 100 тис. відповідного населення, у 2011 р. – 4,8. Найбільш високим у 2011 р., як і в попередні роки, він був у АР Крим (8,33), м. Києві (8,05), м. Севастополі (8,31), нижчим у 2-5 разів за середній по Україні він був у Миколаївській (1,9), Рівненській (0,74), Закарпатській (1,76) областях.

Укомплектованість штатних посад фізичними особами по Україні становить 75,6%. В регіонах укомплектованість розподілена досить нерівномірно. В Чернівецькій області 8 фізичних осіб займали 7 штатних посад (106,7% укомплектованості), в Закарпатській 5 фізичних осіб займали 4,75 штатних посади (105,3%), в Миколаївській області укомплектованість лише 41,0% (4 особи на 9,15 штатних посади), в Рівненській – 33,3% (2 особи на 6 штатних посад). Тільки 73,1% лікарів атестовані.

65,1% з загальної кількості зайнятих посад дитячих психіатрів складають дільничні дитячі психіатри. На одну посаду дільничного дитячого психіатра у 2011 р. припадає 708 дітей. Коливання цього показника від 427 осіб в м. Севастополі до 1940 осіб в Херсонській області. Кількість відвідувань до 1 дільничного лікаря в середньому по Україні була 4704, з коливанням цього показника від 2059 по м. Києву до 13025 в Херсонській області.

Таким чином, за останні 10 років забезпеченість психіатричних закладів України фізичними особами лікарів-психіатрів дитячих не тільки не покращилась, а навпаки, в окремих областях навіть погіршилась. Крім того, потре-

бує підвищення і рівень професійної підготовки лікарів дитячих в значній кількості психіатричних закладів країни, особливо в умовах реформування всієї медичної галузі, впровадження інституту сімейної медицини.

ВИСНОВКИ

Проблема психічного здоров'я дітей є загальною для всіх країн світу. За даними багатьох дослідників стан психічного здоров'я дітей за останні роки погіршився, що обумовлено комплексним впливом соціальних, екологічних, демографічних, економічних та особистісних факторів. Більшість дітей з відхиленнями психічного здоров'я не отримує належної медичної допомоги. В Україні за останнє десятиріччя показники зареєстрованої як поширеності, так і захворюваності на розлади психіки та поведінки у дітей формально зменшилися. Проте, це не означає покращення стану здоров'я і зменшення дійсної захворюваності у дітей на розлади психіки та поведінки. Це скоріше характеризує зменшення звертання дітей та їх батьків за медичною допомогою в психоневрологічні заклади, низьку активність виявлення хворих на цю патологію як психіатрами, так і педіатрами, лікарями загальної практики, неефективну організаційну структуру психіатричної допомоги, недосконалість сучасних підходів до виявлення різних категорій хворих.

Можливо, стигматизація і негативне ставлення до дітей з будь-якими психічними розладами оточуючих, змушують їх батьків приховувати прояви психічного розладу, звертатись за допомогою до лікарів вже після появи у дітей виражених психічних і поведінкових порушень.

Взагалі до 80% дітей з різними розладами психіки та поведінки (за даними різних авторів) отримують медичну допомогу не у психіатрів, а у лікарів загальної практики, недостатня кваліфікація яких з питань розладів психіки та поведінки у дітей, призводить до хронізації розладу, неадекватному його лікуванню, розвитку у них ауто- і гетероагресивної поведінки.

Економічна криза, стигматизація психіатричної допомоги дітям, недосконалість амбулаторної психіатричної допомоги негативно вплинули на якість та доступність психіатричної допомоги дітям. Навіть в промислово розвинутих областях дитячі психіатри працюють лише в обласних та міських лікувально-профілактичних закладах. В той же час посади дитячих психіатрів відсутні в більшості районних центрів. Потребує реорганізації і розширення амбулатор-

на медична допомога дітям з психічними та поведінковими розладами. Ліжковий фонд для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки зосереджений в обласних та міських психоневрологічних закладах і скоротився за останні 10 років на 18,4%. Практично відсутні ліжка для дітей, хворих на розлади психіки та поведінки в загальносоматичних закладах. Амбулаторна мережа дитячих психіатричних закладів працює неефективно і потребує радикальної реорганізації.

В структурі захворюваності на психічні розлади у дітей найбільший відсоток складають розлади поведінки та емоцій, психічні розлади органічного походження та розумової відсталості різного ступеня важкості. Висока поширеність цих розладів обумовлює зростання шкільної дезадаптації, девіантної поведінки, проблем соціалізації дитини. За останній час дослідники звертають увагу на зростання у дітей афективних розладів, що досить часто стають причиною дитячих суїцидів та нещасних випадків. В Україні афективні розлади у дітей майже не діагностуються. Це обумовлено тим, що з одного боку діти та їх батьки не приділяють уваги проявам депресії, вважаючи їх віковими недоліками особистості, з іншого – недостатньою кваліфікацією самих дитячих психіатрів, які кваліфікують такі розлади як розлади поведінки і та ін. Тому часто тривожні та депресивні розлади у дітей стають фактором вживання алкогольних та наркотичних засобів.

Психіатрична допомога дітям з розладами психіки та поведінки потребує реорганізаційних змін та удосконалення якості її надання. Перш за все охорона психічного здоров'я дітей повинна стати пріоритетним напрямом державної політики, з акцентом на профілактику психічних та поведінкових розладів з врахуванням економічних, соціальних, юридичних, освітніх аспектів.

Наступним завданням є реформування медичної допомоги дітям з розладами психіки та поведінки. Перш за все необхідно створювати умови надання психіатричної допомоги дітям в максимально не стигматизованих умовах:

- можливість надання консультативної допомоги за місцем проживання чи навчання; підвищення якості первинної медичної допомоги;
- розробка принципів психосоціальних лікувально-реабілітаційних методів в дитячій психіатрії;
- розширення соціально-орієнтованої, психологічної, психотерапевтичної допомоги, максимально наближеної до повсякденного оточення

дитини;

- реорганізація стаціонарної мережі з диференціацією ліжкового фонду психіатричних закладів, інтеграцією спеціалізованої психіатричної допомоги дітям в загально соматичну мережу шляхом відкриття психіатричних відділень в структурі багатoproфільних лікарень;

- оптимізація амбулаторно-поліклінічної допомоги в психіатричних та загально-соматичних закладах;

- залучення до вирішення проблем психічного здоров'я дітей працівників дошкільних закладів, шкіл, коледжів;

- розвиток альтернативних амбулаторних форм психолого-психіатричної допомоги.

Важливою проблемою є раннє виявлення роз-

ладів психіки та поведінки.

Значна роль в позитивному її вирішенні має обізнаність працівників дошкільних закладів, шкіл, коледжів, лікарів первинної ланки медичної допомоги, соціальних працівників з питань психологічного розвитку, емоційного стану дитини та психічних і поведінкових розладів. З цією метою необхідна розробка диференційованих психоосвітніх програм з питань ранньої діагностики розладів психіки та поведінки, порушень емоцій, розробка і впровадження в практику клінічних протоколів надання медичної допомоги дітям на різних етапах з врахуванням форм психолого-психічних розладів, визначення ролі сім'ї у вихованні дитини та збереженні її здоров'я.

В.С. Подкорытов, Л.И. Дьяченко*, А.Е. Кутиков*, О.О. Петриченко**, Н.Г. Кравчук ***

СОСТОЯНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ И ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» *, г. Харьков, Центр медицинской статистики МЗ Украины **, г. Киев

В статье проанализированы заболеваемость и распространенность психических расстройств и расстройств поведения у детей в Украине. Изучена их инвалидизация вследствие психических расстройств, проанализирована динамика обеспеченности стационарной психиатрической помощью и кадрами врачей психиатров. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 5-15).

V.S. Podkorytov, L.I. Dyachenko*, A.E. Kutikov*, O.O. Petrychenko**, H.G. Kravchuk***

MENTAL HEALTH STATE OF A CHILD POPULATION OF UKRAINE AND AN ORGANIZATION OF MENTAL HEALTH CARE

**“Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology of the NAMS of Ukraine” State Institution, Kharkiv,
**Centre of Medical Statistics of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

In the article an incidence and a prevalence of mental and behavioral disorders in children in Ukraine have been analyzed. Children's invalidity due to mental disorders was studied, and dynamics of provision with an in-patient psychiatric care and a staff of physicians-psychiatrists were analyzed. (Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2013. — No. — P.). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 5-15).

Література

1. Лазоришинець, В. В. Тези до концепції реформування шкільної медицини: від спеціалізованої психіатричної допомоги до охорони психічного здоров'я [Текст] / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моїсеєнко, В. В. Залеська, І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, В. І. Шинкаренко, В. А. Павлюченко, В. В. Хведчук, О. В. Доленко, Ю. С. Півська // *Новости медицины и фармации. Психиатрия*. - 2010. - №329. - С.18-23.

2. Проект концепції вдосконалення психіатричної допомоги дітям [Текст] // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия* - 2012. - №5 (40). - С.8-12.

3. Моїсеєнко, Р.О. Від спеціалізованої дитячої психіатричної допомоги – до системи охорони психічного здоров'я дітей [Текст] / Р. О. Моїсеєнко, О. В. Терещенко, І. А. Марценковський // *Український вісник психоневрології*. - 2010. - Т.18, вип.3 (64). - С.14-18.

4. Фримонт, Ванда «Альтернативи обучению врачей общей практики основам детской психиатрии не существует» [Текст] / Ванда Фримонт // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия* - 2011. - №3 (30). - С.7-13.

5. Лазоришинець, В. В. Профилактика в детской психиатрии:

необходимость смены парадигмы [Текст] / В. В. Лазоришинець, Р. О. Моїсеєнко, В. В. Залеська, С.Ф.Глузман, І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва, В. І. // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия* - 2010. - №3 (22). - С.5-12.

6. Марценковський, І. А. Особливості діагностики та лікування депресивних розладів у дитячому віці [Текст] / І. А. Марценковський, Я. Б. Бікшаєва // *НейроNews. Психоневрология и нейропсихиатрия* - 2007. - №3 (04). - С.19-24.

7. Кузнецов, В. Н. Вопросы выявления нарушений развития психических функций в раннем детстве [Текст] / В.Н. Кузнецов // *Психичне здоров'я*. - 2010. - №1-2. - С.35-44.

8. Менделевич, Б. Д. Региональные факторы формирования частоты психических расстройств и расстройств поведения у подростков в России [Текст] / Б. Д. Менделевич // *Неврологические вести*. - 2009. - Т.41. - №3. - С.74-77.

9. Грубцова, Н. Н. Аффективные расстройства у подростков [Текст] / Н. Н. Грубцова // *Современные социально-психологические проблемы психиатрии и наркологии: Рос.научно-практ.конф. с межд.уч., Томск, 15-16 окт. - 2008. Тез.докладов, Томск; Красноярск. - 2008. - С.35-36.*

Поступила в редакцию 06.09.2012

УДК 616.895.8-085

*Т.Л. Ряполова***РЕАБИЛИТАЦИОННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ БОЛЬНЫХ С МАНИФЕСТНЫМ ПРИСТУПОМ ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: манифестный приступ шизофрении, реабилитационный потенциал

Диатез-стрессовая модель шизофрении основана на взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов [1]. Это взаимодействие находит отражение в сочетании полиморфных психопатологических симптомов со значительными нарушениями социальной адаптации, межличностных отношений и приспособительного поведения. Раннее выявление и адекватное лечение первых приступов шизофрении способствует ускорению наступления ремиссии и минимизации негативных социальных последствий для пациента и его окружения [2]. Современная лечебно-реабилитационная тактика в отношении больных с манифестным приступом шизофрении предполагает комплексное, основанное на результатах индивидуальной ре-

абилитационной диагностики, использование медикаментозных и психосоциальных вмешательств. Важным направлением такого интегративного подхода является изучение реабилитационного потенциала больных во взаимосвязи его психологической, социально-психологической и психосоциальной составляющих. Реабилитационный потенциал рассматривается как один из системообразующих факторов реабилитационного вмешательства. Его уровень, то есть способность выбора адекватной функциональной стратегии, определяет реальную и объективную возможность преодоления функциональной недостаточности и улучшения способности пациента приспособляться к тем или иным условиям жизни.

Материал и методы исследования

Было обследовано 143 больных параноидной шизофренией с манифестным психотическим эпизодом, которые находились на этапе становления медикаментозной ремиссии непосредственно после купирования продуктивной симптоматики.

В исследовании использовались методы: клинический; клинико-психопатологический метод (оценка нейрокогнитивного и эмоционально-мотивационного дефицита с помощью методики PANSS (Kay S.R et al.); клинико-психологический метод (оценка коммуникативных способ-

ностей - опросник межличностных отношений В.Шутца (ОМО), механизмов психологической защиты - опросник Келлермана-Плутчика, копинг-стратегий - опросника «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С.Норман и соавт.), социально-психологической адаптации - методика К.Роджерса и Р.Даймонда, способности к психосоциальной адаптации (ПСА) - методика EAPS). Статистическая обработка полученных данных проводилась в пакете статистической обработки «MedStat» [3].

Результаты исследования и их обсуждение

Качественная оценка адаптивных ресурсов личности больных шизофренией была проведена путем установления корреляционных связей между отдельными характеристиками психической и психосоциальной адаптации.

При проведении анализа всех составляющих реабилитационного потенциала было выявлено, что у больных с манифестным приступом шизофрении напряжение вытеснения положительно коррелировало ($p < 0,05$) с эскапизмом как со-

циально-психологической характеристикой личности ($r = 0,63$) и способствовало формированию условно конструктивных и неконструктивных копинг-стратегий (достоверные, $p < 0,05$, положительные корреляции с копингом, ориентированным на эмоции, $r = 0,25$ и копингом, ориентированным на избегание, $r = 0,21$).

Возврат к более ранним формам приспособления уже на начальных стадиях шизофрении приводил к повышенной потребности в защите

и опеке, что в первую очередь сказывалось на способности к трудовой адаптации (достоверные, $p < 0,05$, отрицательные корреляции напряженности регрессии и уровня адаптации в сфере «Жизнедеятельность и работоспособность», $r = -0,18$).

В результате смещения эмоций с объекта, вызвавшего их, на более доступные для разряда эмоций объекты у больных с манифестным приступом шизофрении формировалось дезадаптивное поведение с ограничением числа социальных контактов или снижения качества взаимодействия с окружающими как за счет излишней раздражительности (окружающие становились объектом разряда накопившихся негативных эмоций), так и за счет избегания социальных контактов (окружающие являлись источником негативных эмоций). При этом обнаруживались достоверные ($p < 0,05$) отрицательные корреляции между напряженностью замещения и социальным функционированием в сфере «Семейные взаимоотношения» ($r = -0,25$).

Нередко больные приписывали собственные мысли и чувства другим людям (защитный механизм проекции). Корреляционный анализ подтвердил защитный неосознаваемый характер данного механизма (достоверные положительные корреляции с индексом эмоциональной комфортности, $r = 0,19$, и индексом интернальности, $r = 0,19$). Высвобождающиеся при этом эмоции активно влияли на поведение больных в стрессовых ситуациях (достоверные положительные корреляции между напряжением проекции и копинг-стратегиями, ориентированными на эмоции, $r = 0,19$).

Напряженность защитного механизма рационализации положительно коррелировала ($p < 0,05$) с уровнем эскапизма ($r = 0,48$) и копинг-поведением, ориентированным на избегание ($r = 0,17$), то есть псевдоразумное объяснение больными своих чувств и поведения являлось следствием и проявлением аутизации больных. Проведенный корреляционный анализ обнаружил дезадаптирующую роль защитного механизма рационализации на начальных стадиях шизофрении (достоверные, $p < 0,05$, отрицательные корреляции его напряженности с как общим уровнем психосоциальной адаптации ($r = -0,22$), так и с уровнем адаптации в сферах «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r = -0,20$), «Деньги и финансы» ($r = -0,19$)).

Наиболее конструктивными защитными механизмами при манифестном приступе шизофрении, по результатам корреляционного анализа,

являлись компенсация (достоверные, $p < 0,05$, отрицательные корреляции с эскапизмом ($r = -0,45$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r = -0,26$) и копингом, ориентированным на избегание ($r = -0,20$)) и гиперкомпенсация (достоверные, $p < 0,05$, отрицательные корреляции с эскапизмом ($r = -0,61$), копинг-поведением, ориентированным на эмоции ($r = -0,30$) и копингом, ориентированным на избегание ($r = -0,27$)).

В целом, у больных после первого эпизода шизофрении защитные механизмы играли весьма значительную роль в формировании более адаптивных форм поведения, при этом ведущими механизмами психологической защиты являются компенсация и гиперкомпенсация. Это подтверждалось наличием достоверных ($p < 0,05$) отрицательных корреляций между ОНЗ и эскапизмом ($r = -0,25$), условно конструктивным копингом, ориентированным на эмоции ($r = -0,27$), неконструктивным копингом, ориентированным на избегание ($r = -0,58$), а также положительными корреляциями между ОНЗ и психосоциальной адаптацией (суммарный показатель ПСА ($r = 0,18$), а также в сферах «Проведение досуга» ($r = 0,23$), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ($r = 0,21$)).

Проведенный анализ позволил определить у больных с манифестными формами шизофрении достоверные положительные корреляции показателей копинга, ориентированного на решение проблем, с пунктами «Жизнедеятельность и работоспособность», «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения», «Общественная (социальная) жизнь», «Межличностные отношения», «Интерес к познанию окружающей информации», «Деньги и финансы», «Внешний вид», и «Условия жизни. Место проживания. Питание» методики EAPS. Таким образом подтверждался конструктивный характер копинг-стратегии, ориентированной на решение проблем, способствующий психосоциальной адаптации больных с впервые установленным диагнозом шизофрении.

Копинг, ориентированный на эмоции, достоверно ($p < 0,05$) положительно коррелировал с индексом адаптации ($r = 0,28$), индексом эмоционального комфорта ($r = 0,17$), индексом интернальности ($r = 0,17$), вытеснением ($r = 0,25$), проекцией ($r = 0,19$), отрицательно – с доминированием ($r = -0,18$), компенсацией ($r = -0,26$), гиперкомпенсацией ($r = -0,30$) и ОНЗ ($r = -0,27$). Копинг, ориентированный на избегание, достоверно ($p < 0,05$) положительно коррелировал с индексом эмоционального комфорта ($r = 0,18$), индексом

сом интернальности ($r=0,17$), эскапизмом ($r=0,21$), вытеснением ($r=0,21$), рационализацией ($r=0,17$), отрицательно – с доминированием ($r=-0,20$), компенсаций ($r=-0,20$), гиперкомпенсацией ($r=-0,27$) и ОНЗ ($r=-0,58$).

Копинг, ориентированный на эмоции, существенно не препятствовал уровню адаптации больных в социуме (показатель копинга достоверно, $p<0,05$, положительно коррелировал с индексом адаптации, $r=0,28$), являясь достаточно приемлемым для личности больного и его эмоциональной сферы (показатель копинга достоверно, $p<0,05$, положительно коррелировал с индексом эмоционального комфорта, $r=0,17$), контролировался сознанием пациента (показатель копинга достоверно, $p<0,05$, положительно коррелировал с индексом интернальности, $r=0,17$). В то же время использование данной копинг-стратегии сопровождалось заниженной самооценкой и перекладыванием ответственности с себя на окружающих (достоверная, $p<0,05$, отрицательная корреляция с индексом доминирования как показателем психосоциальной адаптации больных, $r=-0,18$). Это свидетельствовало о слабости защитных психологических механизмов как бессознательного процесса, регулирующего уровень эмоционального напряжения, и подтверждалось наличием достоверных ($p<0,05$) отрицательных корреляций с общей напряженностью механизмов защиты ($r=-0,27$).

Несмотря на неконструктивный характер копинга, ориентированного на избегание, для обследованных пациентов данная стратегия являлась достаточно эмоционально комфортной (показатель копинга достоверно, $p<0,05$, положительно коррелировал с индексом эмоционального комфорта, $r=0,18$), осознанной и контролируемой (достоверная, $p<0,05$, положительная корреляция с индексом интернальности, $r=0,17$), что может быть связано с формирующимся уже на начальных этапах эмоционально-мотивационным снижением больных шизофренией. В данной группе копинг, ориентированный на избегание, достоверно ($p<0,05$) положительно коррелировал с защитными психологическими механизмами вытеснения ($r=0,21$) и рационализации ($r=0,17$), т.е. больные имели тенденцию пресекать переживания в ответ на субъективно неприемлемую ситуацию при помощи логических установок и манипуляций даже при наличии убедительных доказательств в пользу противоположного. Они создавали псевдоразумные, но благовидные обоснования своего или чужого поведения, действий или переживаний, вызван-

ных причинами, которые они не могли признать из-за угрозы потери самоуважения. Копинг, ориентированный на избегание, неизбежно проявлялся уходом от проблем (достоверная, $p<0,05$, положительная корреляционная связь с эскапизмом, $r=0,21$) и нежеланием брать на себя ответственность за происходящие события (достоверная, $p<0,05$, отрицательная корреляция с индексом доминирования, $r=-0,20$).

Таким образом, у больных с манифестным приступом шизофрении конструктивный характер копинг-стратегии, направленной на решение задач|задачи|, подтверждался положительными|положительными| корреляциями с психосоциальной адаптацией. При прогрессировании заболевания напряженность защитных механизмов в формировании копинг-стратегий|ослабевала, что сопровождалось ростом роли неконструктивных или условно конструктивных стратегий поведения.

Корреляционный анализ показателей психосоциальной и психической адаптации у больных с манифестным приступом шизофрении был проведен с целью определения механизмов формирования адаптивного поведения в различных социальных сферах.

Использование больными с манифестными формами шизофрении конструктивных копинг-стратегий способствовало более успешной психосоциальной адаптации, о чем свидетельствовали положительные ($p<0,05$) корреляции с копинг-стратегиями, ориентированными на решение проблем в большинстве исследованных сфер: «Жизнедеятельность и работоспособность» ($r=0,44$), «Проведение досуга» ($r=0,20$), «Общественная (социальная) жизнь» ($r=0,23$), «Межличностные отношения» ($r=0,23$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,33$), «Деньги и финансы» ($r=0,25$), «Внешний вид» ($r=0,28$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,22$), суммарный показатель ПСА ($r=0,34$). Формированию адаптивных форм поведения у этих больных способствовала достаточно высокая напряженность защитных психологических механизмов. Так, положительные корреляции ($p<0,05$) с общей напряженностью защитных механизмов обнаружены в сферах «Проведение досуга» ($r=0,23$), «Внесемейные (дружеские) взаимоотношения» ($r=0,21$), «Интерес к познанию окружающей информации» ($r=0,18$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=0,18$), суммарный показатель ПСА ($r=0,18$).

Достоверная ($p<0,05$) отрицательная корреля-

ляция между напряженностью защитного механизма замещения и уровнем адаптации в сфере «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,25$) подтверждала достаточно высокий уровень проблем в семьях больных с впервые диагностированной шизофренией, которые отчасти связаны с формирующейся у этих пациентов способностью выплескивать накопившиеся отрицательные эмоции на членов семьи как на более зависимых и представляющих меньшую опасность в сравнении с остальным окружающим миром, который в восприятии больного является потенциально враждебным и не принимающим его проблемы.

Такая социально-психологическая характеристика личности как эскапизм (уход от проблем) вносила весьма ощутимый вклад в уровень ПСА, причем эти влияния прослеживались как на уровне отдельных сфер ПСА («Проведение досуга» ($r=-0,21$), «Семейные взаимоотношения» ($r=-0,18$), «Условия жизни. Место проживания. Питание» ($r=-0,17$)), так и на уровне суммарного показателя ПСА ($r=-0,14$), т.е. уже после пер-

вого перенесенного эпизода шизофрении больные старались избегать ответственности и дистанцировались от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем.

Таким образом, у пациентов, перенесших манифестный приступ шизофрении, более высокий уровень психосоциальной адаптации обеспечивался успешным использованием конструктивных копинг-стратегий, направленных на решение проблем.

В то же время эти больные старались избегать ответственности и дистанцировались от необходимости участвовать в разрешении неизбежно возникающих проблем, что подтвердилось результатами корреляционного анализа. Защитные психологические механизмы играли значительную роль в психосоциальной адаптации больных шизофренией, однако после первого эпизода шизофрении их напряженность оказывалась не только более высокой, но и оказывала более выраженное влияние на формирование более адаптивных форм поведения больных в различных сферах психосоциальной адаптации.

Т.Л. Ряполова

РЕАБІЛІТАЦІЙНИЙ ПОТЕНЦІАЛ ХВОРИХ НА МАНІФЕСТНИЙ НАПАД ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті представлено результати інтегративної оцінки реабілітаційного потенціалу 143 хворих на маніфестний напад шизофренії з позицій кореляційного аналізу показників психологічної, соціально-психологічної та психосоціальної адаптації. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 16-19).

T.L. Ryapolova

REHABILITATIVE POTENTIAL IN PATIENTS WITH MANIFESTATIVE SCHIZOPHRENIC ATTACK

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

The results of rehabilitative potential integrative assessment of 143 patients with manifestative schizophrenic attack from positions of correlative analyses of psychologic, social-psychologic and psychosocial adaptation data are shown in the article. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 16-19).

Литература

1. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А. П. Коцюбинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. — СПб.: Гиппократ
2. Ряполова Т.Л. Обоснование ранней реабилитации больных шизофренией // Журнал психиатрии и медицинской психологии.

— 2008. - №1(18). - С. 16-21.

3. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT // Вестник гигиены и эпидемиологии. — 2004. - Т.8. - №1. — С. 155-167.

Поступила в редакцию 18.08.2012

УДК 616.895.8-036.4:616.831-073.97

*В.А. Абрамов, В.Н. Казаков, О.И. Лихолетова, Б.Б. Ивнев, А.Г. Снегирь***СВЯЗАННЫЕ С СОБЫТИЯМИ ПОТЕНЦИАЛЫ ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНЫХ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРВЫЙ ПСИХОТИЧЕСКИЙ ЭПИЗОД ШИЗОФРЕНИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: связанные с событиями потенциалы головного мозга, первый психотический эпизод шизофрении

Связанные с событием потенциалы (ССП) головного мозга представляют собой массовую электрическую реакцию, возникающую в нервной ткани в ответ на определенное афферентное раздражение. Научная ценность анализа ССП заключается в том, что этот метод дает возможность получить интегральное представление о процессах, происходящих в достаточно большой группе функционально связанных нервных клеток при поступлении к ним афферентного импульса [1]. ССП головного мозга позволяют исследовать мозговую электрическую активность во время когнитивной обработки информации [2].

Адекватность использования метода регистрации ССП мозга для больных шизофренией заключается в том, что в клинической картине данного заболевания важное место занимает нарушение когнитивного функционирования, которое начинается еще в продромальном периоде болезни и прогрессирует в процессе ее разви-

тия. Данный метод направлен именно на исследование когнитивных процессов и позволяет объективизировать имеющиеся у врача-психиатра данные клинического, патопсихологического и нейропсихологического исследования, существенно дополняя их.

Схематично компоненты ССП головного мозга представлены на рис.1. Среди представленных к ранним (экзогенным) компонентам относятся P1, N1 и P2, а к поздним (эндогенным) те, которые регистрируются с 200 мс, а именно N2, P3 и N4. Именно поздние компоненты отражают активность структур мозга, участвующих в когнитивной обработке информации. Эндогенные вызванные потенциалы являются индикатором электрических процессов работы мозга, связанных с восприятием и переработкой информации, включающими распознавание стимулов, запоминание, процессы мышления, связанные с принятием решения относительно поставленной когнитивной задачи.

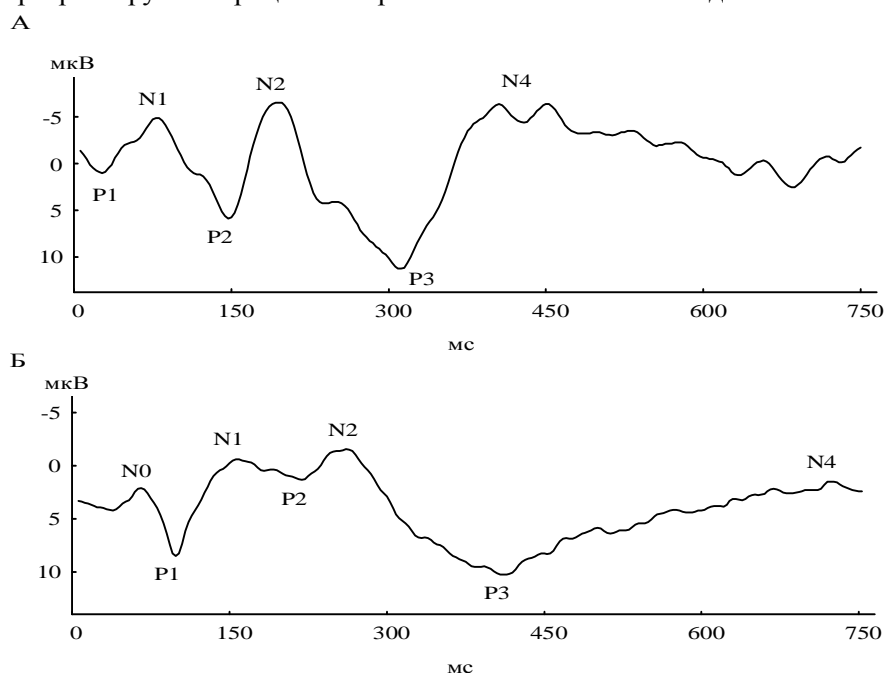


Рис.1 Слуховые (А) и зрительные ССП (Б) мозга на значимый стимул при реализации сенсомоторной реакции (oddball)

Наиболее ранний компонент ССП мозга – P1, появляющийся в диапазоне от 70 мс, отражает сенсорную регистрацию информации, и зависит от характера стимуляции, качества стимула и способа стимуляции. Авторами отмечается взаимосвязь компонентов P1 и N1 с селективным вниманием при предъявлении слуховых и зрительных сигналов [3]. Компонент N1, который обычно регистрируется в диапазоне 100-180 мс после предъявления стимула, отражает промежуточные механизмы дифференцированного внимания и зависит от процесса перцепции [4]. Предполагается, что роль дифференцированного внимания заключается в стабилизации деятельности корковых структур, вовлеченных в решение поведенческой задачи [5].

Ранний позитивный компонент P2 генерируется через 200–250 мс после предъявления стимула и отражает изменение уровня внимания. Комплекс N1P2 отражает сознательное выявление любого изменения звуков окружающей среды. Считается, что этот показатель можно использовать для того, чтобы измерить порог практически любых изменений звукового сигнала, таких, как локализация источника звука, его громкость и высота [6]. Комплекс P1-N1-P2 формирует так называемую V-волну [7], которая является собственно ответом слуховой коры на стимул, отражая процесс восприятия. При действии седативных препаратов амплитуда V-волны снижается, и, напротив, повышается при регистрации вызванной активности в фазу глубокого сна [8].

С точки зрения нейропсихологии, существует три блока реализации когнитивных функций: энергетический блок, представленный стволовыми структурами мозга, центральные области восприятия и последующей переработки информации, расположенные в ассоциативных областях мозга, медиальных отделах височных и лобных долей, и блок программирования, ответственный за принятие решения с участием лобных долей мозга [9]. Электрофизиологическими эквивалентами функционирования указанных систем являются эндогенные ССП мозга, которые отражают перцептивные, перцептивно-центральные и центральные этапы обработки информации [10]. Попытки связать корковые (эндогенные) компоненты (N2, P300 и N4) с конкретными психическими функциями не привели к успеху, однако, их зависимость от когнитивной деятельности и ее стадии, процессов внимания, обучения, памяти, мышления – не вызывает сомнений. Эндогенные вызванные

потенциалы отражают вовлечение тех или иных структур мозга в реализацию определенных стадий когнитивного процесса, однако не несут какой-либо специфической информации о характере когнитивных функций.

Эндогенный компонент N2 (диапазон 200-350 мс) отражает процессы активного внимания к стимулу и его распознавания посредством сличения сенсорных характеристик сигнала с энграммами памяти. Кроме того, компонент N2 при зрительной стимуляции принимает участие в восприятии движения [1].

Компонент P300, который генерируется приблизительно на 350 мс, в большей степени отображает функцию контроля внимания, памяти и характеризует ассоциативные процессы, связанные с процессом окончательного принятия решения в ответ на стимуляцию извне, и запуска или не запуска моторной реакции (в нашем эксперименте – это нажатие кнопки). Johnson R.J. и соавторы выделяют 7 субкомпонентов P300 [11]. Три из них отображают новизну стимула. Максимальные амплитуды этих компонентов расположены в левой медиальной фронтальной зоне, левой парието-окципитальной и правой центрально-фронтальной зонах скальпа. Четвертый связывают с принятием решения и прочностью энграмм, его амплитуды регистрируются в левых центральных областях. Оставшиеся три субкомпонента связаны с общими процессами узнавания. Их максимальные амплитуды распределяются в правой и центральной фронтальной областях. Эти факты указывают на сложную циркуляцию возбуждения между пространственно распределенными в коре головного мозга популяциями нейронов, участвующих в дифференцировании сенсорной информации при включении механизмов эпизодической памяти [1, 11].

Компонент N4, появляющийся на 400 мс после активного распознавания сигнального стимула, также принимает участие в процессе принятия решения, а также отражает оценку испытуемым? правильности принятого решения. При правильном распознавании стимула амплитуда N4 увеличивается. Однако, по данным некоторых исследований, процесс выбора и принятия решения начинается уже на уровне компонента P200 [12].

Таким образом, у здоровых испытуемых в ответ на значимый стимул кроме V-волны (P1-N1-P2) – собственно процессом восприятия, выделяется четкая позитивная волна P300, связанная с распознаванием значимых стимулов. Процесс опознавания стимула связывают с ин-

тервалом N2-P2, а процесс принятия решения – с интервалом P3N4. Пик волны N2 обозначает правильность опознавания, а крутизна и длительность комплекса N2P3 определяются уровнем оперативной памяти у испытуемого [13].

Анализ литературного обзора исследований последних лет показал достаточно противоречивые данные относительно особенностей когнитивных вызванных потенциалов мозга у больных шизофренией. Основным биологическим маркером этих расстройств являются снижение амплитуды P300 слуховой модальности до 54-58% [14] в левой височной [15, 16] или височно-теменной областях [17, 18], что, по мнению авторов, свидетельствует о нарушении когнитивной обработки информации при участии процессов мышления, внимания и памяти у пациентов. Однако, по данным других исследователей [19, 20], эти нейрофизиологические изменения наблюдаются не у всех пациентов, зависят от тяжести патологического процесса и нарушения когнитивных функций, поэтому в большей степени могут считаться маркерами тяжести клинического состояния, а не маркерами болезни.

По результатам других исследований, снижение амплитуды слуховых P300 является биологическим предиктором уязвимости к психозу [21, 22], так как обнаруживается у лиц группы риска развития психоза, заболевших в будущем, а также выявляется в продромальную фазу болезни [23].

Исследования зависимости амплитуды слуховых P300 от клинической структуры синдрома отличаются противоречивыми результатами. Большая часть исследователей [24-26] отмечает обратную пропорциональность между величиной амплитуды слуховых P300 и тяжестью позитивных симптомов, и отсутствие зависимости амплитуды от выраженности негативных симптомов болезни. В то же время, другие авторы [27] отмечают наличие обратной корреляционной зависимости между амплитудой слуховых P300 и тяжестью негативных симптомов болезни. Ряд авторов [20, 25] выделяют в качестве значимого маркера не только амплитуду слуховых P300, но и время латентного периода этого

компонента, отмечая прямую зависимость между увеличением латентного периода и тяжестью клинических нарушений.

Исследования компонента P300 зрительной модальности в литературе малочисленны и дискутабельны. Одни исследователи рассматривают зрительные P300 в качестве маркера уязвимости к болезни [28], другие относят его к маркеру клинического состояния [29]. По данным некоторых авторов [30, 31] негативная симптоматика отражена в слуховых P300, а позитивная – в P300 зрительной модальности.

Исследования других нейрофизиологических компонентов ССП при шизофрении и психозах шизофренического спектра немногочисленны. По одним данным [32] они достоверно не отличаются при их сравнении у больных и здоровых людей, но некоторые авторы находят корреляционную зависимость между снижением амплитуды слуховых P200 и выраженностью негативной симптоматики [33], а также дефицитом компонента N100 [34], N200 [35] и компонента P50 [36].

Т. о. по данным имеющихся исследований ключевых достоверных биологических маркеров шизофрении не найдено. Исследований, посвященных анализу электрической активности мозга у больных с первым психотическим эпизодом (ППЭ) шизофрении очень мало. В настоящий момент нет достаточных однозначных доказательств, чтобы включить биологические критерии шизофрении в МКБ-10, хотя некоторые из них представляются достаточно надежными. Многочисленными исследованиями подтверждается факт зависимости амплитуды слуховых P300 от стадии болезненного процесса, структуры и выраженности психопатологических симптомов, а также выраженности когнитивного дефицита [29, 37], однако эти данные отличаются противоречивостью.

Целью данного исследования является комплексное изучение физиологических механизмов работы мозга у больных, перенесших ППЭ шизофрении методом регистрации ССП, выявление электрофизиологических маркеров болезни.

Материал и методы исследования

Регистрация ССП проводилась в двух группах обследованных: основную группу составили 33 пациента мужского и женского пола в возрасте 18–35 лет с впервые диагностированной шизофренией (рубрика F2 в соответствии с МКБ–10 [38]), прошедшие лечение в отделениях Областной клинической психиатрической

больницы г. Донецка или в дневном стационаре Областного психоневрологического диспансера г. Донецка; контрольную группу составили 30 психически здоровых лиц, набранных среди студентов и сотрудников Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького, репрезентативных основной группе по полу и

возрасту. У всех испытуемых обеих групп были сохранены функции зрения и слуха. В основную группу включались пациенты, которые перенесли только один (первый) психотический эпизод шизофрении и дали информированное согласие на исследование. Запись ССП мозга проводилась в течение 1 месяца после купирования острой психотической симптоматики заболевания (так как в состоянии обострения пациенты не могли выполнять условия эксперимента). Все пациенты на момент проведения исследования получали медикаментозное лечение основного заболевания.

Регистрация ССП мозга и времени сенсомоторной реакции (СМР), а также корректность реализации осуществлялись с использованием компьютеризированного диагностического комплекса «Amplaid mk-15» (Италия).

Испытуемому согласно oddball парадигмы [39] предъявлялась последовательность сигналов 2-х типов, на один из которых необходимо было реагировать нажатием кнопки, другой тип - игнорировать. Время СМР (мс) регистрировалось автоматически и отражало время от момента предъявления испытуемому зрительного или слухового сигнала до момента нажатия кнопки. Электроды располагали по системе 10/20 в точках отведений: Fpz – заземляющий электрод, Cz и Oz – активные электроды, A1+A2 – референтный общий ушной электрод. На предплечье помещали дополнительный заземляющий электрод. При записи электрических сигналов эпоха анализа составляла 750 мс после предъявления стимула. Регистрация осуществлялась по принципу когерентного накопления, т. е. получался усредненный сигнал, необходимый для отсеивания случайных и выявления закономерных реакций мозга. Перед проведением регистрации проводилось инструктирование с разъяснением задачи и кратковременная тренировка.

Частота предъявления как зрительных, так и слуховых стимулов составляла 0,5/с. Общее ко-

личество предъявляемых стимулов составляло 100 для каждого варианта стимуляции. Зрительная стимуляция проводилась с помощью телевизионного монитора черно-белого изображения, расположенного на расстоянии 1,5 м от испытуемого. При слуховой стимуляции звуковой сигнал подавался бинаурально через наушники. В пределах каждой модальности осуществляли два варианта псевдослучайного предъявления стимулов: с вероятностью появления значимого стимула, равного 20% и 50%. При таком варианте реагирования изменялась степень напряжения вероятности появления стимула. В ответ на стимул у пациентов возникал ряд электрических событий в мозге, которые отражали последовательную активацию структур мозга, воспринимающих и обрабатывающих поступающую информацию.

Оцифровывание усредненных электрических потенциалов для их компонентного анализа проводилось по пиковым значениям амплитуд (мкВ) и латентных периодов (мс) основных компонентов: P1, N1, P2, а также «чисто эндогенных» компонентов – N2, P300, N4. С учетом того, что компонент P300 имеет сложное полигенераторное происхождение [40, 41], латентный период его пиковых значений отмечался в соответствии с рекомендациями Международной ассоциации клинических нейрофизиологов. При наличии более одного пика в комплексе P300, при расчете пиковой латентности этого комплекса, учитывалось положение точки, найденной при пересечении двух прямых, экстраполирующих восходящий и нисходящий отрезки волны P300 [42].

Математическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ для статистической обработки данных «Statistica 5.0» с использованием непараметрических методов статистического анализа (U-критерий Манна-Уитни). При проверке статистических гипотез критический уровень значимости составлял 0,05 ($p < 0,05$).

Результаты исследования и их обсуждение

СМР включает в себя такие стадии обработки информации, как восприятие сенсорного сигнала, осознание его, т. е. сравнение его характеристик с имеющимися в памяти образцами, и принятие конкретного решения. При этом решение может либо реализоваться, либо нет в виде моторной реакции. Результат зависит от контекста когнитивной задачи, которую выполняет испытуемый, совокупности афферентных сигналов, поступающих из окружающей среды и, в значитель-

ной степени, от интероцептивных полей. В случае запуска моторной реакции, осуществляется контроль ее эффективности с возможной дальнейшей коррекцией. Каждый этап этого процесса влияет на конечный результат действия и возможно, изменяется под влиянием болезни. Модальность стимула, являющаяся пусковым сигналом СМР, вносит свой вклад в модификацию как времени и коррекции ее реализации, так и связанных с ней вызванных ответов мозга [1].

Сравнение средних значений времени СМР в исследуемых группах представлено в табл. 1. Анализ времени СМР показал достоверное его увеличение у испытуемых основной группы по сравнению с группой контроля при зрительной стимуляции (при 50% вероятности значимого

стимула $p=0,001$, при 50% - $p=0,006$), так и при слуховой стимуляции ($p=0,002$ и $p=0,009$ соответственно). Таким образом, при регистрации ССП головного мозга у пациентов, перенесших ППЭ шизофрении, имело место выраженное увеличение времени СМР.

Таблица 1

Сравнение средних значений времени СМР в исследуемых группах

| Сенсомоторная реакция (мс) | Основная группа (N=33) (Me±m) | Группа контроля (N=30) (Me±m) | U-критерий | Уровень значимости различия (p) |
|---|-------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------------|
| СМР при зрительной стимуляции (50% вероятности значимого стимула) | 637±24,1 | 494,0±21,4 | 88,0 | 0,001* |
| СМР при зрительной стимуляции (20% вероятность значимого стимула) | 643,0±18,3 | 591,0±18,7 | 109,5 | 0,006* |
| СМР при слуховой стимуляции (50% вероятность значимого стимула) | 487,0±20,3 | 385,0±21,5 | 95,0 | 0,002* |
| СМР при слуховой стимуляции (20% вероятность значимого стимула) | 485,0±27,6 | 408,0±22,9 | 115,5 | 0,009* |

Примечание: * – различия статистически значимы, при $p<0,05$

В группе лиц, перенесших ППЭ шизофрении, отмечалось не только изменение времени СМР, но также менялся качественный состав вызванных ответов мозга. Усредненные кривые ССП мозга типичных представителей основной и контрольной

групп слуховой и зрительной модальностей представлены на рис. 2 и 3. На рисунках отчетливо выражено снижение значений амплитуд и увеличение латентных периодов компонентов P2, N2, P300 и N4 у испытуемых основной группы.

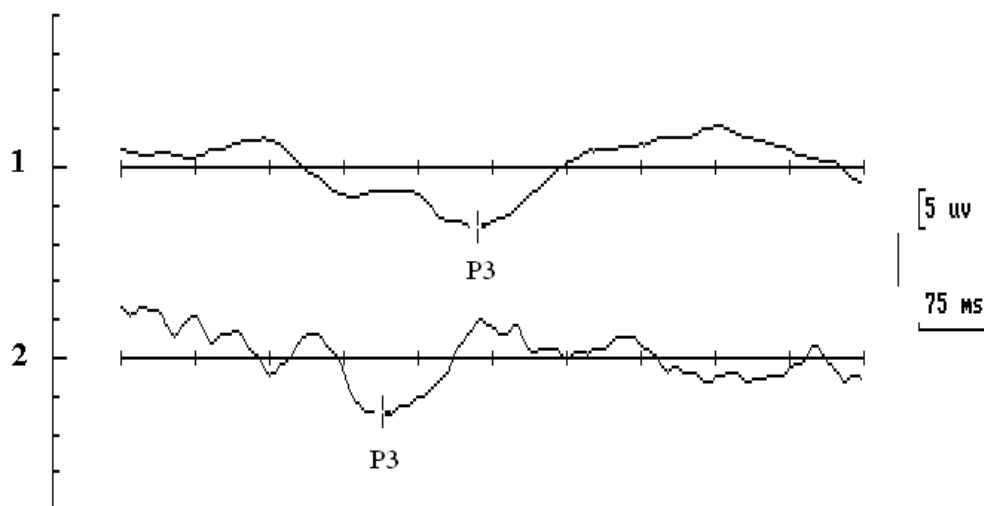


Рис. 2 Усредненные кривые ССП мозга типичных представителей основной (1) и контрольной (2) групп слуховой модальности при 20% вероятности предъявления сигнального стимула

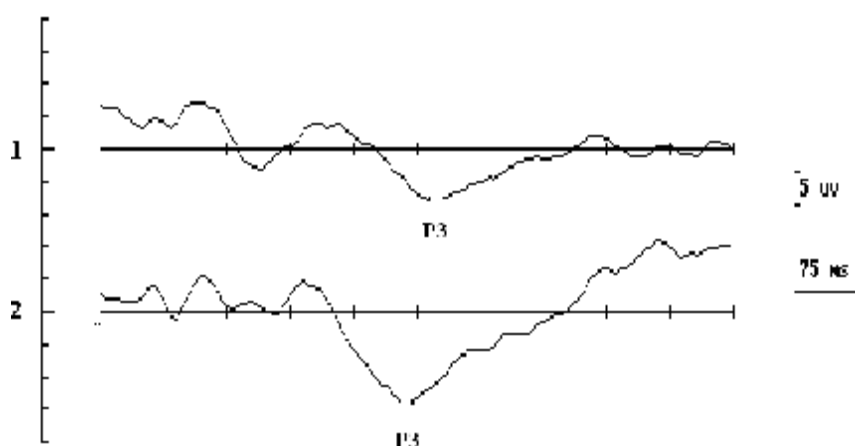


Рис. 3 Усредненные кривые ССП мозга типичных представителей основной (1) и контрольной (2) групп зрительной модальности при 20% вероятности предъявления сигнального стимула

Средние значения компонентов зрительных ССП мозга при 20% и 50% вероятности предъявления сигнального стимула при реализации СМР

в исследуемых группах представлены в табл. 2 и 3, а средние значения компонентов слуховых ССП мозга – в табл. 4 и 5 соответственно.

Таблица 2

Средние значения компонентов зрительных ССП при 50% вероятности предъявления значимого стимула в исследуемых группах

| Компоненты ССП | Основная группа (N=33) (Me±m) | Группа контроля (N=30) (Me±m) | U-критерий | Уровень значимости различия (p) |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------------|
| Латентный период (мс) | | | | |
| L P1 | 96,0±1,3 | 96,0±1,3 | 196,0 | 0,58 |
| L N1 | 144,0±3,3 | 132,0±2,9 | 116,0 | 0,009* |
| L P2 | 213,0±3,8 | 192,0±5,6 | 89,5 | 0,001* |
| L N2 | 267,0±5,5 | 243,0±5,3 | 55,0 | 0,00004* |
| L P3 | 381,0±8,1 | 351,0±8,4 | 114,5 | 0,009* |
| L N4 | 483,0±13,2 | 465,0±15,6 | 134,5 | 0,04* |
| Амплитуда (мкВ) | | | | |
| A P1 | 0,2±0,7 | 0,9±1,6 | 206,0 | 0,76 |
| A N1 | - 5,9±0,7 | - 7,7±1,2 | 175,0 | 0,28 |
| A P2 | 2,5±1,0 | 0,1±1,9 | 129,0 | 0,025* |
| A N2 | - 1,7±0,5 | - 3,8±1,2 | 106,0 | 0,005* |
| A P3 | 6,2±0,7 | 6,4±0,7 | 181,5 | 0,36 |
| A N4 | - 1,5±0,6 | 0,2±0,7 | 189,5 | 0,47 |

Примечания: здесь и далее в таблицах представлены значения медианы ± стандартная ошибка, * – различия статистически значимы, при $p < 0,05$

При сравнении полученных результатов в исследуемых группах обратило на себя внимание значительно большее количество

достоверных различий между компонентами ССП при зрительной стимуляции (см. табл. 2 и 3).

Средние значения компонентов зрительных ССП при 20% вероятности предъявления значимого стимула в исследуемых группах

| Компоненты ССП | Основная группа (N=33) (Me±m) | Группа контроля (N=30) (Me±m) | U- критерий | Уровень значимости различия (p) |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------------------------|
| Латентный период (мс) | | | | |
| L P1 | 99,0±1,7 | 96,0±1,2 | 171,0 | 0,23 |
| L N1 | 129,0±2,9 | 141,0±3,8 | 175,5 | 0,28 |
| L P2 | 219,0±4,9 | 201,0±6,8 | 144,5 | 0,06 |
| L N2 | 276,0±6,5 | 243,0±6,5 | 61,5 | 0,00008* |
| L P3 | 429,0±7,9 | 396,0±7,8 | 108,0 | 0,005* |
| L N4 | 585,0±15,0 | 519,0±13,9 | 109,0 | 0,006* |
| Амплитуда (мкВ) | | | | |
| A P1 | 0,4±1,2 | 0,4±1,3 | 211,0 | 0,86 |
| A N1 | - 7,7±1,1 | - 9,7±1,2 | 178,5 | 0,32 |
| A P2 | 4,1±0,5 | - 1,8±0,8 | 43,0 | 0,00001* |
| A N2 | - 3,1±0,7 | - 4,4±1,3 | 186,0 | 0,42 |
| A P3 | 6,9±1,1 | 10,4±0,8 | 134,0 | 0,03* |
| A N4 | - 2,1±0,8 | 1,7±0,8 | 114,0 | 0,009* |

Таблица 4

Средние значения компонентов слуховых ССП при 50% вероятности предъявления значимого стимула в исследуемых группах

| Компоненты ССП | Основная группа (N=33) (Me±m) | Группа контроля (N=30) (Me±m) | U- критерий | Уровень значимости различия (p) |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------|---------------------------------|
| Латентный период (мс) | | | | |
| L P1 | 60,0±5,2 | 54,0±2,9 | 157,0 | 0,12 |
| L N1 | 105,0±6,4 | 102,0±3,6 | 217,5 | 0,98 |
| L P2 | 180,0±7,5 | 168,0±9,9 | 197,5 | 0,60 |
| L N2 | 246,0±8,1 | 204,0±13,9 | 172,0 | 0,25 |
| L P3 | 354,0±16,8 | 342,0±23,4 | 188,5 | 0,46 |
| L N4 | 510,0±23,0 | 444,0±27,9 | 180,0 | 0,34 |
| Амплитуда (мкВ) | | | | |
| A P1 | - 1,4±0,9 | - 7,6±1,8 | 97,0 | 0,002* |
| A N1 | - 7,3±1,1 | - 14,3±1,9 | 69,0 | 0,0002* |
| A P2 | - 1,8±1,0 | - 8,4±1,3 | 83,0 | 0,0007* |
| A N2 | - 5,3±1,0 | - 9,6±1,2 | 113,0 | 0,008* |
| A P3 | 7,3±1,0 | 5,9±2,4 | 197,0 | 0,59 |
| A N4 | - 2,3±0,9 | - 0,9±1,7 | 164,0 | 0,17 |

Так, у представителей основной группы отмечалось достоверное снижение амплитуды P2 ($p=0,025$) и удлинение времени его латентного периода ($p=0,001$) при 50% вероятности значимого стимула и снижение амплитуды данной волны при 20% вероятности ($p<0,001$). Кроме того, при 20% вероятности сигнального стимула в основной группе отмечалось достоверное

снижение амплитуд P300 ($p=0,03$) и N4 ($p=0,009$) и увеличение времени латентных периодов этих компонентов ($p=0,005$ и $p=0,006$ соответственно). Указанные изменения электрофизиологических параметров являются отражением нарушения когнитивного функционирования (процессов внимания, памяти, ассоциативной деятельности) у больных, перенесших ППЭ ши-

зофрении. Можно предположить, что снижение амплитуд и увеличение продолжительности латентных периодов поздних ССП мозга при визуальной стимуляции является маркером, отражающим дефицитарные процессы в когнитивной сфере у больных шизофренией.

Для большей детализации и уточнения необходимо определение корреляционных зависимостей параметров компонентов P2, P300 и N4 с данными нейропсихологического исследования, что будет нами осуществлено в последующих работах.

Таблица 5

Средние значения компонентов слуховых ССП при 20% вероятности предъявления значимого стимула в исследуемых группах

| Компоненты ССП | Основная группа (N=33) (Me±m) | Группа контроля (N=30) (Me±m) | U-критерий | Уровень значимости различия (p) |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|------------|---------------------------------|
| Латентный период (мс) | | | | |
| L P1 | 57,0±5,4 | 54,0±2,0 | 187,5 | 0,44 |
| L N1 | 102,0±7,9 | 99,0±3,3 | 208,0 | 0,80 |
| L P2 | 162,0±8,9 | 156,0±11,6 | 199,0 | 0,63 |
| L N2 | 225,0±9,1 | 204,0±11,4 | 168,0 | 0,21 |
| L P3 | 345,0±13,7 | 336,0±18,4 | 177,5 | 0,31 |
| L N4 | 498,0±18,3 | 459,0±23,9 | 182,5 | 0,37 |
| Амплитуда (мкВ) | | | | |
| A P1 | - 1,3±1,2 | - 4,6±2,3 | 157,0 | 0,12 |
| A N1 | - 7,9±0,9 | - 10,8±2,4 | 157,0 | 0,12 |
| A P2 | - 0,8±1,4 | - 3,9±1,9 | 155,0 | 0,11 |
| A N2 | - 6,2±1,4 | - 10,4±2,1 | 145,0 | 0,06 |
| A P3 | 11,4±0,9 | 10,7±2,3 | 180,0 | 0,34 |
| A N4 | - 3,8±0,9 | - 5,3±1,8 | 185,0 | 0,40 |

При сравнительном анализе величин амплитуд и латентных периодов изучаемых компонентов слуховых ССП при 20% вероятности сигнального стимула (см. табл. 5), не было выявлено достоверных отличий в исследуемых группах ($p > 0,05$). Особенно обращало на себя внимание отсутствие различий амплитуды и латентного периода слуховых P300, как при 50%, так и при 20% вероятностях сигнального стимула ($p > 0,05$). В предыдущих зарубежных исследованиях [15,19,21,23,25] ССП головного мозга у больных шизофренией, с использованием различных режимов регистрации, большое внимание уделялось компоненту P300 слуховой модальности. Во многих указанных исследованиях снижение амплитуды данного компонента связывали с наличием позитивных симптомов, выраженным когнитивным дефицитом у длительно болеющих, с низким уровнем социального функционирования, а также с наличием когнитивных нарушений в продромальной фазе шизофрении у пациентов, не получавших лечения. Некоторые исследователи даже рассматривали слуховой P300, в качестве маркера шизофрении.

В настоящем исследовании величина ампли-

туды волны P300 слуховой модальности достоверно не отличалась от группы контроля, как в случае 50% вероятности предъявления значимого стимула ($p = 0,59$), так и в случае 20% вероятности ($p = 0,34$). Подобные же результаты были получены при анализе латентного периода слуховых P300 в исследуемых группах на 50% и 20% вероятностях ($p > 0,05$). Это может свидетельствовать о чувствительности компонента P300 слуховой модальности к лечению нейролептиками в плане позитивных симптомов болезни, симптомов дезорганизации и когнитивного функционирования, что ярко выражено в острую фазу болезни и редуцируется по мере наступления ремиссии. Возможно, компонент P300 слуховой модальности является значимым маркером клинического состояния пациента и отражает остроту патологического процесса с точки зрения позитивных симптомов болезни. Это требует более детального анализа и определения корреляционных зависимостей параметров слуховых P300 с данными патопсихологического исследования (шкал позитивных, негативных симптомов и симптомов дезорганизации). Это будет рассматриваться в ходе наших дальнейших исследований.

Отмечается достоверное снижение у пациентов основной группы амплитуд комплекса P1-N1-P2 (V-волны) при слуховой стимуляции ($p=0,002$; $p<0,001$ и $p<0,001$ соответственно) (см. табл. 4). Это может быть обусловлено седативным эффектом, привносимым нейролептическими препаратами, прием которых в качестве поддерживающей терапии осуществлялся всеми испытуемыми основной группы.

Таким образом, исследование когнитивных вызванных потенциалов головного мозга у больных шизофренией является одним из наиболее эффективных инструментов среди нейрофизиологических исследований, так как позволяет проследивать динамику когнитивных процессов на различных этапах деятельности мозга. Представляется возможным регистрация вызванных ответов мозга у больных, перенесших первых психотический приступ шизофрении, с целью понимания физиологических механизмов работы мозга в норме и на ранних этапах шизофрении, определения значимых электрофизиологических параметров, отражающих уровень когнитивных нарушений, обнаружения значимых маркеров клинического и функционального состояния пациента в динамике, а также, возможно, обнаружения маркеров неблагоприятного прогноза болезни.

Полученные в результате настоящего исследования данные показали, что у больных, перенесших ППЭ шизофрении и находящихся на момент исследования на стадии формирования

ремиссии, отмечались нарушения когнитивных процессов (внимания, памяти, мышления), что с точки зрения физиологических механизмов подтверждалось выраженным увеличением времени СМР и качественными изменениями вызванных ответов мозга. При сопоставлении с нормой у больных шизофренией имели место различия в когнитивной обработке информации в зависимости от модальности стимулов (слуховые или зрительные) и вероятности предъявления сигнальных стимулов (50% или 20% вероятность). Наибольшее количество достоверных отличий от нормы отмечалось при анализе ССП зрительной модальности. Особое внимание заслуживали величины амплитуд и латентных периодов поздних ССП головного мозга (P2, P300 и N4) при визуальной стимуляции. Нами выдвинуто два предположения: 1) снижение амплитуд и увеличение продолжительности латентных периодов поздних ССП мозга при визуальной стимуляции может являться маркером, отражающим дефицитные процессы в когнитивной сфере у больных шизофренией; 2) компонент P300 слуховой модальности чувствителен к лечению нейролептиками и может рассматриваться в качестве маркера клинического состояния пациента, отражающего остроту патологического процесса с точки зрения позитивных симптомов болезни. Однако, эти предположения требуют дальнейшего изучения и сопоставления с данными патопсихологического и нейропсихологического исследований.

В.А. Абрамов, В.М. Казаков, О.И. Лихолетова, Б.Б. Івнєв, А.Г. Снегір

ПОВ'ЯЗАНІ З ПОДІЄЮ ПОТЕНЦІАЛИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ У ХВОРИХ, ЩО ПЕРЕНЕСЛИ ПЕРШИЙ ПСИХОТИЧНИЙ ЕПІЗОД ШИЗОФРЕНІЇ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У даній статті показані особливості пов'язаних з подіями потенціалів головного мозку при реалізації сенсомоторної реакції у хворих, що перенесли перший психотичний епізод шизофренії. Наведено характеристики основних компонентів пов'язаних з подіями потенціалів мозку, які були використані в цьому дослідженні. Проведено аналіз літературних даних останніх років з проблеми викликаних відповідей мозку у хворих на шизофренію, зроблено висновок про суперечливість наявних у літературі даних. В результаті проведеного порівняння параметрів викликаних потенціалів мозку в групі хворих на шизофренію і у здорових випробовуваних, зроблені висновки та висунуті гіпотези, що вимагають подальшого вивчення і підтвердження. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 20-29).

V.A. Abramov, V.N. Kazakov, O.I. Lykholetova, B.B. Ivnev, A.G. Snegir

EVENT-RELATED-POTENTIAL IN PATIENTS WITH FIRST PSYCHOTIC EPISODE OF SCHIZOPHRENIA

M. Gorky Donetsk state medical university

This article shows the special event-related brain potentials and sensorimotor response in patients with first-episode of schizophrenia. We described the main components of event-related brain potentials used in this study. There was conducted the analysis of the literature in recent years on the issue of brain evoked responses in patients with schizophrenia. There was concluded the contradictory data in the literature. As a result of the comparison parameters of evoked potentials in patients with schizophrenia and healthy subjects, there have done conclusions and put forward hypotheses for further research and confirmation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 20-29).

Литература

1. Снегір А. Г. Модифікація сенсо-моторних реакцій і зв'язаних з ними викликаних потенціалів мозку при нормальному та патологічному старінні: дис. на здоб. наук. ступ. канд. мед. наук: 14.03.03. – Донецьк, 2003. – 206 с.
2. Muller T.J., Kalus P., Strik W.K. The neurophysiological meaning of auditory P300 in subtypes of schizophrenia // *World J Biol Psychiatry*. 2001 Jan;2(1):9-17.
3. Михайлова Е. С., Славущая А. В., Коньшев В. А. и др. Вызванные потенциалы мозга человека на изображениях полосок и крестообразных фигур // *Журн. высш. нервн. деят.* – 2006. – Т.56. – №1. – С. 30 – 37.
4. Alho K., Escera C., Dhaz R. et al. Effects of involuntary auditory attention on visual task performance and brain activity // *Neuroreport*. – 1997. – Vol. 8. – №15. – P. 3233 – 3237.
5. Крылов И. Н., Шуваев И.Н., Третьяков Д.А. и др. Стабилизация корковых вызванных потенциалов при избирательном визуальном внимании // *Журн. Высш. Нерв. Деят. Им. И. П. Павлова.* – 1998. – Т. 48. – №6. – С. 926 – 935.
6. Михайлова Е. С., Славущая А. В., Шевелев И. А. и др. Различия в характеристиках вызванных потенциалов мозга человека на изображениях полосок и крестообразных фигур // *Росс. физиол. журн. им. И.М. Сеченова* – 2004. – Т.90. – №8. – С. 326 – 327
7. Гнездицкий В. В. Вызванные потенциалы мозга в клинической практике. – Таганрог: Изд-во ТРТУ, 1997. – 252 с.
8. Arehole S. A preliminary study of the relationship between long latency response and learning disorder // *Br. J. Audiol.* – 1995. – Vol. 29. – №6. – P. 295 – 298.
9. Лурія А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: Медицина, 1976. – 263 с.
10. Kok A. Event-related-potential (ERP) reflections of mental resources: a review and synthesis // *Biol. Psychol.* – 1997. – Vol. 45. – №1 – 3. – P. 19 – 56.
11. Johnson R.J., Kreiter K., Russo B., et al. A spatio-temporal analysis of recognition-related event-related brain potentials // *Int. J. Psychophysiol.* – 1998. – Vol. 29. – №1. – P. 83 – 104.
12. Nandrino J., Elmassioni F. Temporal localization of the response selection processing stage // *Int. J. Psychophysiol.* – 1995. – Vol. 19. – №3. – P. 257 – 261.
13. Колкер И. А. Слуховые вызванные потенциалы в неврологии // *Международный неврол. журн.* – 2006. – Т.6. – №10. – С. 76 – 81.
14. Winterer G., Egan M. F., Rüdler T., et al. Event-related potentials and genetic risk for schizophrenia // *Biol Psychiatry*. – 2001. – Vol. 15. – №6. – P. 407 – 417.
15. Mathalon D. H., Ford J. M., Pfefferbaum A. Trait and state aspects of P300 amplitude reduction in schizophrenia: a retrospective longitudinal study // *Biol Psychiatry*. – 2000. – Vol. 47. – №5. – P. 434 – 449.
16. Shenton M. E., Faux S. F., McCarley R. W., et al. Clinical correlations of auditory P200 topography and left temporo-central deficits in schizophrenia: a preliminary study // *J. Psychiatr. Res.* – 1989/ – Vol. 23. – №1. – P. 13 – 34.
17. Papageorgiou C., Oulis P., Vasios C., et al. P300 alterations in schizophrenic patients experiencing auditory hallucinations // *Eur. Neuropsychopharmacol.* – 2004. – Vol. 14. – №3. – P. 227 – 236.
18. Wang J., Hiramatsu K., Hokama H., et al. Abnormalities of auditory P300 cortical current density in patients with schizophrenia using high density recording // *Int. J. Psychophysiol.* – 2003. – Vol. 47. – №3. – P. 243 – 253.
19. Higashima M., Nagasawa T., Kawasaki Y., et al. Auditory P300 amplitude as a state marker for positive symptoms in schizophrenia: cross-sectional and retrospective longitudinal studies // *Schizophr. Res.* – 2003. – Vol. 59. – №2 – 3. – P. 147 – 157.
20. Iwanami A., Kato N., Kasai K., Kamio S., et al. P300 amplitude over temporal regions in schizophrenia // *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* – 2002. – Vol. 252. – №1 P. 1 – 7.
21. Bramon E., Shaikh M., Broome M., et al. Abnormal P300 in people with high risk of developing psychosis // *Neuroimage*. – 2008. – Vol. 41. – №2. – P. 553 – 560.
22. van Tricht M. J., Nieman D. H., Koelman J. H., et al. Reduced parietal P300 amplitude is associated with an increased risk for a first psychotic episode // *Biol Psychiatry*. – 2010. – Vol. 68. – №7. – P. 642 – 648.
23. Ozgurda S., Gudlowski Y., Witthaus H., et al. Reduction of auditory event-related P300 amplitude in subjects with at-risk mental state for schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2008. – Vol. 105. – №1 – 3. – P. 272 – 278.
24. van der Stelt O., Frye J., Lieberman J. A., et al. Impaired P3 generation reflects high-level and progressive neurocognitive dysfunction in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 2004. – Vol. 61. – №3. – P. 237 – 248.
25. Lebedeva I. S., Orlova V. A., Kaleda V. G., et al. P300 auditory evoked potentials in schizophrenia // *Zh. Nevrol. Psychiatr. Im. S.S. Korsakova.* – 2000. – Vol. 100. – №11. – P. 47 – 49.
26. Janshan C., Cadenhead K. S., Rissling A. J., et al. Automatic sensory information processing abnormalities across the illness course of schizophrenia // *Psychol. Med.* – 2012. – Vol. 42. – №1. – P. 85 – 97.
27. Scaife J.C., Groves J., Langley R.W., et al. Sensitivity of late-latency auditory and somatosensory evoked potentials to threat of electric shock and the sedative drugs diazepam and diphenhydramine in human volunteers // *J. Psychopharmacol.* – 2006. – Vol. 20. – №4. – P. 485 – 495.
28. Laurent A., Garcia-Larrea L., Dalery J., et al. P 300 potential in schizophrenia // *Encephale*. – 1993. – Vol. 19. – №3. – P. 221 – 227.
29. Donochoe G., Morris D. W., De Sanctis P., et al. Early visual processing deficits in dysbindin-associated schizophrenia // *Biol Psychiatry*. – 2008. – Vol. 63. – №5. – P. 484 – 489.
30. Ford J. M., Mathalon D. H., White P. M., et al. Left temporal deficit of P300 in patients with schizophrenia: effects of task // *Int. J. Psychophysiol.* 2000. – Vol. 38. – №1. – P. 71 – 79.
31. Loberg E. M., Jurgensen H. A., Green M. F., et al. Positive symptoms and duration of illness predict functional laterality and attention modulation in schizophrenia // *Acta Psychiatr. Scand.* – 2006. – Vol. 113. – №4. – P. 322 – 331.
32. Oknina L.V., Wild-Wall N., Oades R. D., et al. Frontal and temporal sources of mismatch negativity in healthy controls, patients at onset of schizophrenia in adolescence and others at 15 years after onset // *Schizophr. Res.* – 2005. – Vol. 76. – №1. – P. 25 – 41.
33. Chen Y., Huang X., Luo Y., et al. Differences in the neural basis of automatic auditory and visual time perception: ERP evidence from an across-modal delayed response oddball task // *Brain Res.* – 2010. – Vol. 14. – P. 100 – 111.
34. Rissling A. J., Light G. A. Neurophysiological measures of sensory registration, stimulus discrimination, and selection in schizophrenia patients // *Curr. Top. Behav. Neurosci.* – 2010. – Vol. 4. – P. 283 – 309.
35. Umbricht D. S., Bates J. A., Lieberman J. A., et al. Electrophysiological indices of automatic and controlled auditory information processing in first-episode, recent-onset and chronic schizophrenia // *Biol. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 59. – №8. – P. 762 – 772.
36. Yee C. M., Williams T. J., White P. M., et al. Attentional modulation of the P50 suppression deficit in recent-onset and chronic schizophrenia // *J. Abnorm. Psychol.* – 2010. – Vol. 119. – №1. – P. 31 – 39.
37. Kemner C., Foxe J. J., Tankink J. E., et al. Abnormal timing of visual feedback processing in young adults with schizophrenia // *Neuropsychologia*. – 2009. – Vol. 47. – №14. – P. 3105 – 3110.
38. Міжнародна класифікація хвороб (10 перегляд). Класифікація психічних і поведінкових розладів. – СПб.: АДИС, 1994. – 304 с.
39. Huettel S., McCarthy G. What is odd about the odd-ball task? prefrontal cortex is activated by dynamic changes in response strategy // *Neuropsychologia*. – 2004. – Vol.42. – P. 379 – 386.
40. Ford J. M., Sullivan E. V., Marsh L. et al. The relationship between P300 amplitude and regional gray matter volumes depends upon the attentional system engaged // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* – 1994. – Vol. 90. – P. 214 – 228.
41. Ebmeier K. P., Steele J. D., MacKenzie D. M. et al. Cognitive brain potentials and regional cerebral blood flow equivalents during two- and three-sound auditory «oddball tasks» // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* – 1995. – Vol. 95. – P. 434 – 443.
42. Goodin D., Desmedt J., Maurer K. et al. IFCN recommended standards for longlatency auditory eventrelated potentials // *Electroencephalogr. Clin. Neurophysiol.* – 1994. – Vol. 91. – P. 18 – 20.

Поступила в редакцію 14.09.2012

УДК 616.89 – 008.441.44 (477)

А.М. Бачеригов, Е.Г. Матузок, К.В. Харіна, Р.В. Лакинський, К.Є. Райкова, Д.Д. Полоз, І.В. Карамушко, А.І. Власова, Л.М. Сітенко

СПРОБИ НАВМИСНОГО САМООТРУЄННЯ У ХАРКОВІ (2008 – 2009 РОКИ)

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України», Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня №3, Харківська 2 міська лікарня, Харківська 17 міська лікарня

Ключові слова: суїцидальні спроби, самоотруєння

Суїцидальна поведінка зумовлює суттєві економічні збитки та є психічною травмою для оточення хворого [1-3]. Незавершена спроба накласти на себе руки у анамнезі є одним з найбільш достовірних предикторів здійснення самогубства у подальшому [4, 5].

За нашими даними впродовж цього проміжку часу з приводу навмисного самоотруєння було

госпіталізовано 396 осіб. З них 124 чоловіків та 272 жінки. Співвідношення чоловіки/жінки становить 1 : 2,19. Усього було зафіксовано 399 спроб (чоловіки здійснили 125 спроб, жінки - 274). Співвідношення спроб, які здійснили чоловіки/жінки становить 1:2,19.

На рисунку 1 представлені дані про розподіл суїцидальних спроб за ознакою віку пацієнта.

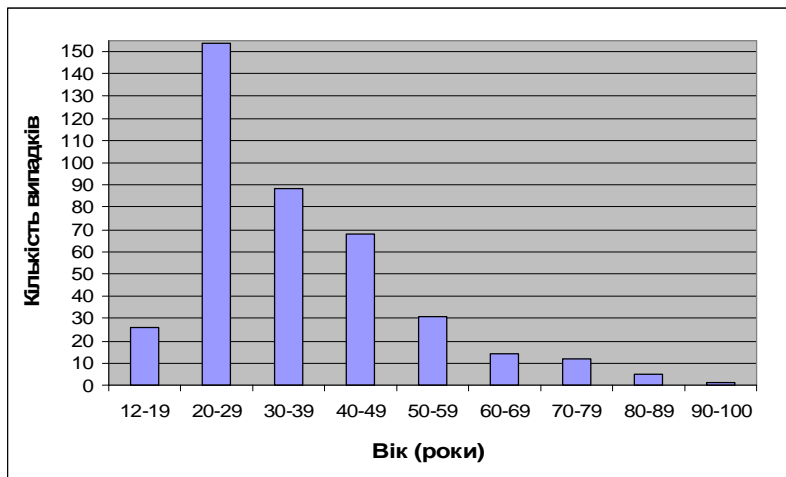


Рис. 1. Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння за ознакою віку суїцидента

Найменшому з суїцидентів було 16 років, найстаріший – 96 років. Найбільш часто намагалися вкоротити собі віку особи у віковій групі 20 – 29 років – 154 випадки - 38,60 % від загальної кількості

спроб. Особи молодші за 30 років вчинили 180 спроб самоотруєння, тобто 45,11 % від кількості усіх спроб. Рисунок 2 демонструє розподіл спроб самоотруєння за ознакою статі та віку суїцидента.

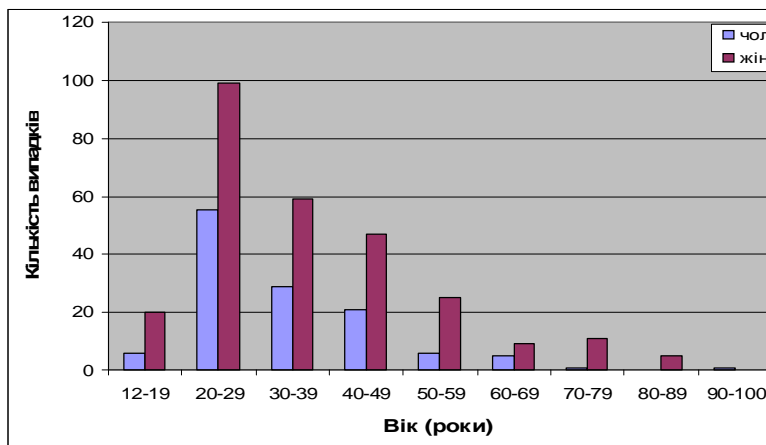


Рис. 2. Розподіл суїцидальних спроб самоотруєння за ознакою статі та віку суїцидента

Найбільшу кількість спроб піти з життя здійснили чоловіки у віковій групі 20 – 29 років. Таких самоотруень зафіксовано 55, що складає 13,87 % від загальної кількості спроб та 44 % від усіх суїцидальних спроб, які були реалізовані особами чоловічої статі. Чоловіки молодші за 30 років намагалися піти з життя 61 раз, це становить 15,29 % від загальної кількості самоотруень та 48,8 % від усіх спроб, що були здійснені чоловіками. Найбільша кількість жіночих суїцидальних спроб також була здійснена

особами у віці 20 - 29 років. Таких випадків було 99, що складає 24,81 % від усіх отруень та 36,13 % від кількості спроб, які здійснили жінки. Жінки молодші за 30 років намагалися отруїтися 119 разів, це становить 29,82 % від загальної кількості суїцидальних спроб та 43,43 % від кількості самоотруень, які здійснили жінки.

Співвідношення кількості суїцидальних спроб самоотруєння у різних вікових групах, які були здійснені чоловіками до кількості спроб, які здійснили жінки представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Співвідношення кількості спроб самоотруєння, які здійснили особи чоловічої статі до кількості спроб, які здійснили особи жіночої статі у різних вікових групах

| Вікова група (роки) | 10 - 19 | 20 - 29 | 30 - 39 | 40 - 49 | 50 - 59 | 60 - 69 | 70 -79 |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| Співвідношення чоловіки/жінки | 1:3,33 | 1:1,8 | 1:2,03 | 1:2,24 | 1:4 | 1:1,8 | 1:11 |

Результати дослідження залежності кількості суїцидальних спроб у місті від часу доби представлені на рисунку 3.

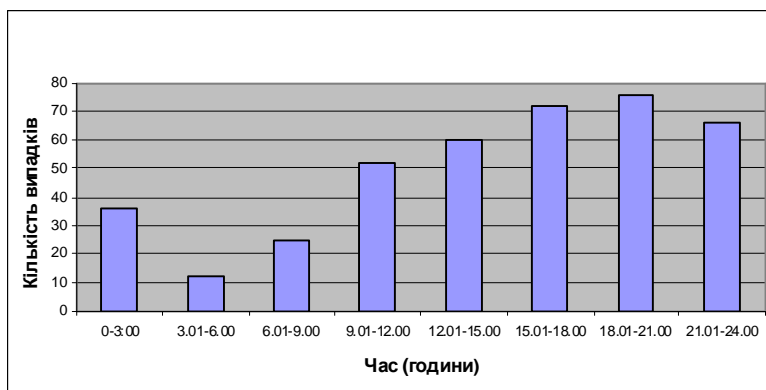
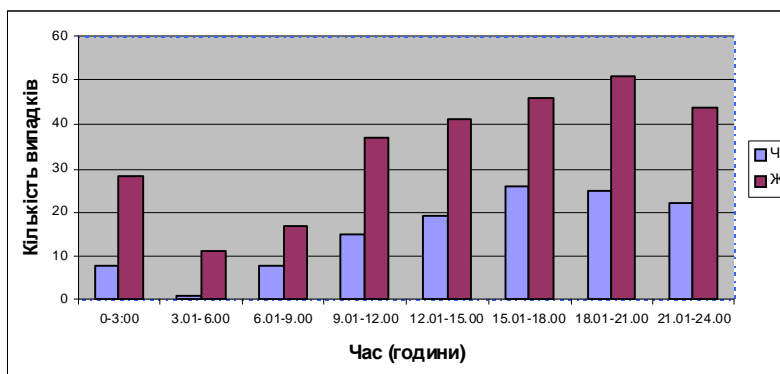


Рис. 3. – Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за часом доби

Максимум спроб у місті припадає на період часу з 15-ої години до 21-ої години. У цей час було скоєно 148 спроб, що складає 37,09 % від загальної кількості зареєстрованих самоотруень. Найменше спроб було здійснено з 3-ої години до 6 – ої

години доби – 12 випадків, що складає 3,01 % від загальної кількості зафіксованих нами суїцидальних спроб самоотруєння. Дані щодо розподілу спроб отруєння у відповідності до часу доби та статі суїцидента представлені на рисунку 4.



ч – чоловіки; ж – жінки.

Рис. 4. – Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за статтю та часом доби

Найбільша кількість спроб самоотруєння як у чоловіків, так і у жінок також була скоєна з 15 години до 21 години. У чоловіків у цьому проміжку часу була здійснена 51 спроба – що складає 12,78 % від загальної кількості спроб та 40,8 % від усіх суїцидів, що здійснили чо-

ловіки. У жінок за цей час здійснено 97 спроб – 24,31 % від усієї кількості спроб самогубства та 35,4 % від кількості спроб, здійснених жінками.

Розподіл суїцидальних спроб за днями тижня показаний на рисунку 5.

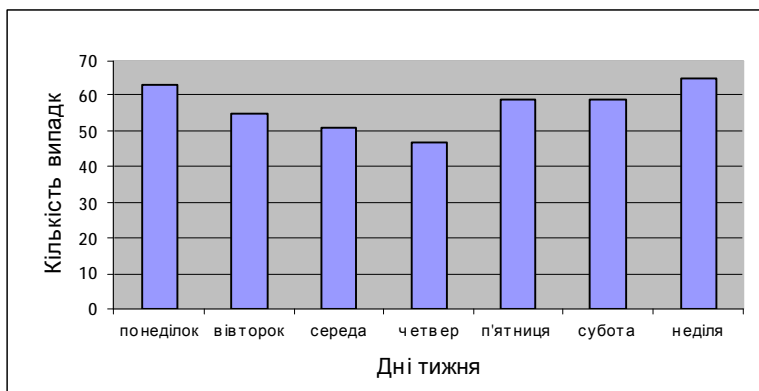


Рис. 5. – Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за днями тижня

Найбільша кількість спроб самоотруєння була здійснена по неділях та понеділках – 64 та 63 випадки відповідно. За ці два дні тижня було здійснено 31,83 % від загальної кількості спроб у популяції, що досліджуєть-

ся. Найменше спроб здійснювалося по четвергах – 47 – 11,78 % від загальної кількості самоотруєнь. Розподіл спроб самоотруєння за днями тижня та статтю пацієнта показаний на рисунку 6.

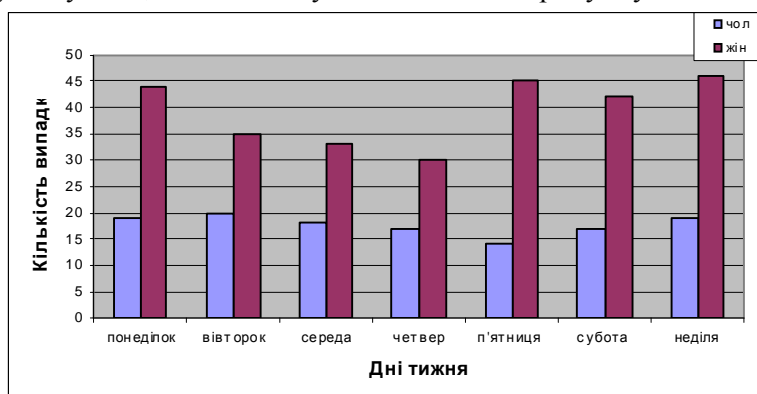


Рис. 6. – Розподіл спроб самоотруєння у міській популяції за днями тижня та статтю пацієнта

У чоловіків розподіл спроб самогубства за днями тижня майже рівномірний 14–20 спроб на день. У жінок з п'ятниці по понеділок кількість здійснених спроб стабільно складає 42–45 на добу, що відповідає 15,33-16,42 % від усіх самогубств, що їх здійснили жінки. З вівторка по четвер кількість спроб у жінок знижується до 30–35 спроб на добу, тобто 10,95-12,77 % від усіх жіночих спроб.

Показники кількості суїцидальних спроб у різні за соціальною значущістю дні (святкові дні + суботи + неділі; передсвяткові дні + п'ятниці; післясвяткові дні + понеділки; буденні дні) були переведені нами у показники відносної ваги. Результати дослідження розподілу спроб самоотруєння у популяції у різні за соціальною значущістю дні тижня представлені на рисунку 7.

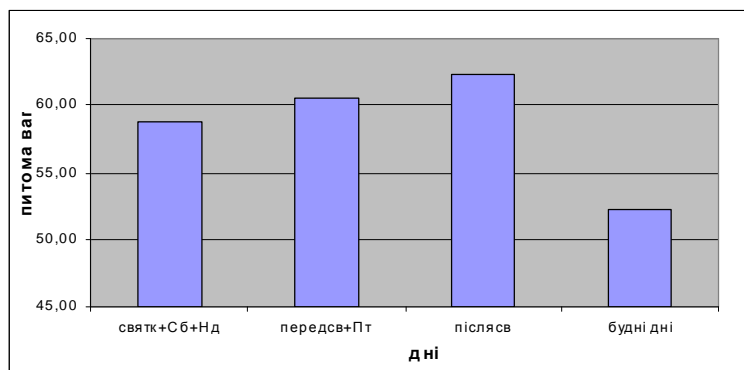


Рис. 7. – Розподіл спроб самоотруєння у загальній популяції за різними за соціальною значущістю днями

Максимальна відносна кількість спроб самоотруєння у досліджуваній популяції здійснювалася у післясвяткові дні та понеділки разом 62,26 бали, мінімум самогубств спостерігався у буденні дні – 52,22 бали. На рисунку 8 показаний розподіл спроб самоотруєння у досліджуваній популяції за різними за соціальною значущістю днями та статтю суїцидента.

денні дні – 52,22 бали. На рисунку 8 показаний розподіл спроб самоотруєння у досліджуваній популяції за різними за соціальною значущістю днями та статтю суїцидента.

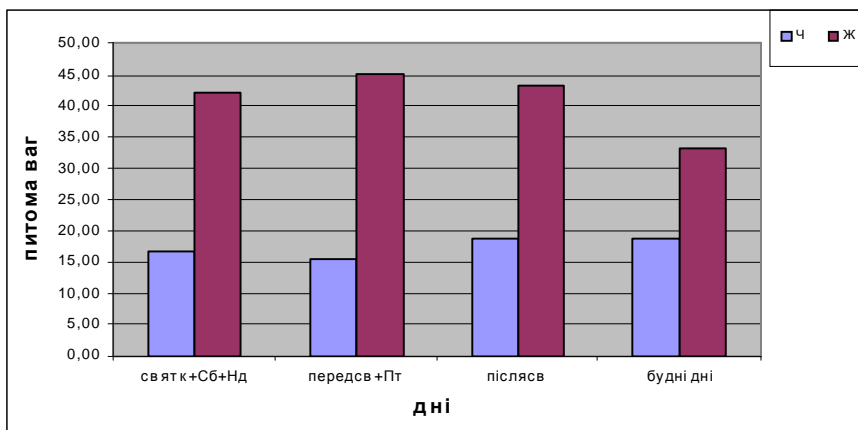


Рис. 8. – Розподіл спроб самоотруєння у загальній популяції за різними за соціальною значущістю днями та статтю пацієнта

У чоловіків розподіл за днями тижня різної соціальної значущості був більш-менш рівномірним. Максимальні показники - 18,87 та 18,77 балів мали місце у післясвяткові дні + понеділки та буденні дні відповідно. Найменший показник 15,38 бали був зафіксований у передсвяткові дні

+ п'ятниці. У жінок відносна максимальна кількість спроб самоотруєння здійснювалася у передсвяткові дні + п'ятниці – 45,19 бали, мінімум припадав на буденні дні 33,45 бали. На рисунку 9 показаний розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у загальній популяції за сезонами року.

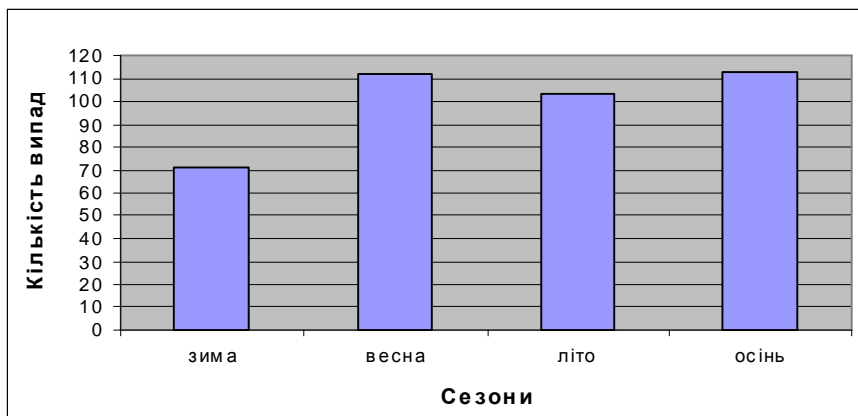


Рис. 9. – Розподіл спроб самоотруєння у загальній популяції за порами року.

Найбільша кількість самоотруєнь мала місце навесні та восени – 112 випадків (28,07 % від загального числа спроб) та 113 випадків (28,32 % від загального числа спроб) відповідно. Мінімум суї-

цидальних спроб мав місце взимку – 31 випадок (17,79 % від загальної кількості самоотруєнь). На рисунку 10 показаний розподіл суїцидальних спроб самоотруєння у різні пори року у різних статей.

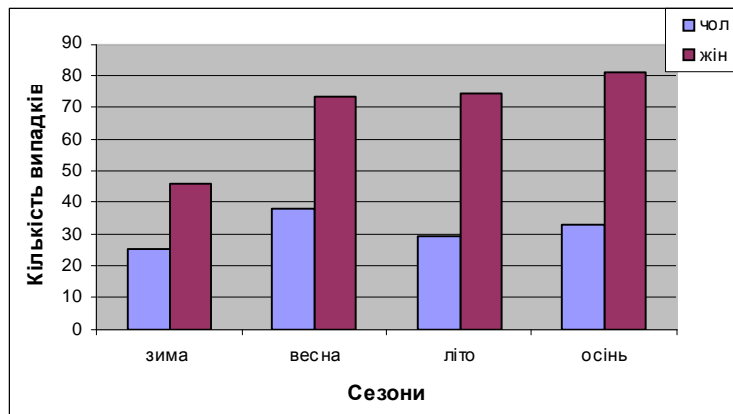


Рис. 10. – Розподіл спроб самоотруєння у різні пори року у чоловіків та жінок окремо

У чоловіків максимальна кількість випадків самоотруєння було зафіксовано навесні – 38 спроб (30,4 % від загальної кількості суїцидальних спроб, які здійснили чоловіки); мінімальне число самогубств мало місце взимку – 25 спроб (20 % від загальної кількості чоловічих суїцидів).

У жінок найбільше спроб самогубства припало на осінь – 81 випадок (29,56 % від усіх суїцидів, що здійснили жінки), найменше самоотруєнь здійснювалося восени – 46 випадків (16,79 % від кількості самоотруєнь, які здійснили жінки).

За даними анамнезу та лабораторних досліджень було з'ясовано, що у 184 випадках (46,12 % від загальної кількості суїцидів) пацієнти вживали алкоголь перед спробою самоотруєння, або у процесі її здійснення. Серед таких спроб 70 було здійснено чоловіками (56 % від загальної кількості чоловічих спроб) та 114 – жінками (41,61 % від загальної кількості жіночих спроб та 28,57 % від загальної кількості досліджених нами суїцидальних спроб). Співвідношення чо-

ловіки/жінки за кількістю спроб самоотруєння, здійснених у стані алкогольного сп'яніння складає 1:1,67.

Лабораторна діагностика дозволила визначити наявність більшої за 0% концентрацію алкоголю у крові 154 осіб (38,60 % від загальної популяції та 83,70 % від усіх хворих, які були доставлені до токсикологічного стаціонару у стані алкогольного сп'яніння). Доза етанолу була з'ясована у 62 чоловіків (15,53 % від дослідженої популяції та 49,6 % від усіх досліджених чоловіків) та у 92 жінки (23,06 % від усіх досліджених та 33,58 % від усіх досліджених жінок).

Легкий ступінь алкогольного сп'яніння, тобто концентрація алкоголю в крові 0,1 - 1,5 ‰, був виявлений у 134 осіб – 87,01 % від усіх осіб, у яких була визначена концентрація алкоголю. У тому числі у 57 чоловіків (91,94 % від усіх чоловіків, у яких була визначена концентрація алкоголю) та у 77 жінок (83,70 % усіх жінок, у яких була визначена концентрація алкоголю).

ВИСНОВКИ

- у дослідженій групі з 399 осіб, що звернулися у 2008-2009 років по допомогу з приводу навмисного самоотруєння до токсикологічної служби міста співвідношення чоловіки/жінки становило 1 : 2,19.

- максимальну кількість спроб у дослідженій популяції вчинили особи у віці 20 -29 років - 38,60 % від загальної кількості спроб. Люди молодші за 30 років вчинили 45,11 % від кількості усіх спроб.

- максимум спроб припало на період часу з 15-ої години до 21-ої години - 37,09 % від загальної кількості зареєстрованих самоотруєнь. Найменше

спроб було здійснено з 3-ої години до 6 –ої години доби – 3,01 % від загальної кількості зафіксованих нами суїцидальних спроб самоотруєння.

- найбільша кількість самоотруєнь у популяції мала місце навесні та восени – 28,07 % від загального числа спроб та 28,32 % від загального числа спроб відповідно. Мінімум суїцидальних спроб мав місце взимку – 31 випадок - 17,79 % від загальної кількості самоотруєнь.

- за даними анамнезу та лабораторних досліджень 46,12 % від загальної кількості суїцидентів вживали етанол перед спробою самоотруєння, або у процесі її здійснення.

*А.Н. Бачериков, Э.Г. Матузок, Е.В. Харина, Р.В. Лакинский, К.Е. Райкова, Д.Д. Полоз,
И.В. Карамушко, А.И. Власова, Л.Н. Ситенко*

ПОПЫТКИ УМЫШЛЕННОГО САМООТРАВЛЕНИЯ В ХАРЬКОВЕ (2008 – 2009 ГОДЫ)

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьковская обласная клиническая психиатрическая больница №3, Харьковская 2 городская больница, Харьковская 17 городская больница

Изучено 399 случаев преднамеренного самоотравления с суицидальной целью. Соотношение мужчины/женщины составило 1:2,19. Около 45 % суицидентов были моложе 30 лет. Более 37% обследованных совершили попытку самоубийства между 15-ым и 21-ым часом. Наиболее часто самоотравления происходили весной и осенью (примерно по 28%), минимальное число суицидальных попыток наблюдалось зимой (около 18%). Почти половина суицидентов совершила попытку самоубийства во время или после приема алкоголя. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 30-35).

*A.N. Bacherikov, E.G. Matuzok, K.V. Kharina, R.V. Lakinskiy, K.E. Raykova, D.D. Poloz,
I.V. Karamushko, A.I. Vlasova, L.N. Sitenko*

ATTEMPTS OF THE INTENTIONAL SELD-POISONING ARE IN KHARKOV (2008 – 2009 YEARS)

SI «Institute of neurology, psychiatry and narcology of AMS of Ukraine», Kharkiv regional clinical psychiatric hospital № 3, Kharkiv 2 city clinical hospital, Kharkiv 17 city clinical hospital

We investigated 399 cases of suicidal self poisoning. Ratio men/women was 1 : 2,19. About 45% of suicidents were younger than 30 years old. More than 37 % of people try to commit suicide between 3 p.m. and 9 p.m. The most popular seasons for poisoning were spring and autumn (about 28 % accordingly), the minimal number of attempts were registered in winter (about 18 %). Almost half of suicide attempts were done after or during the time of using ethanol. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 30-35).

Литература

1. Сологуб, Д. У Украины есть шанс стать локомотивом роста в Восточной Европе [Текст] / Д. Сологуб // Зеркало недели. – 2010. – 35: 7.

2. Надрага, В. Трудовая миграция: вызовы для Украины [Текст] / В. Надрага // Зеркало недели. – 2011. – 5: 8.

3. Хозбей, М.К. Соціально – орієнтована психіатрична допомога в Україні: проблеми та рішення [Текст] / М.К. Хозбей, П.В. Волошин, Н.О. Марута // Український вісник психоневрології.

– Харків, 2010. – Том 18, № 3. – С. 10 – 14.

4. Owens, D. Fatal and non-fatal repetition of self-harm: Systematic review [Text] / D. Owens, J. Harrook, A. House // The British Journal of Psychiatry. – 2002. – Vol. 181. – P. 193 – 199.

5. Haukka, J. Determinants and outcomes of serious attempt suicide: a nationwide study in Finland, 1996 – 2003 [Text] / J. Haukka, K. Suominen, T. Partonen [et all] // American journal of epidemiology. – 2008. – Vol. 167. – P. 1155–1163.

Поступила в редакцію 14.05.2012

УДК: 616.89-008-053.8

*С.Г. Поликова***ЩОДО ДІАГНОСТИКИ ФЕНОМЕНУ АУТОАГРЕСИВНОЇ ПОВЕДІНКИ**

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України

Ключові слова: аутоагресивна поведінка, діагностика

Сучасними авторами аутоагресивна поведінка трактується як дії, спрямовані на заподіяння будь-якої шкоди своєму соматичному або психічному здоров'ю, тобто є комплексним поняттям, до складу якого входять суїцидальна поведінка, неусвідомлені життєво небезпечні дії, демонстративно-шантажні суїцидальні спроби, а також навмисні аутодеструктивні вчинки [1,2]. В той же час, несуйцидальні самоушкодження клініко-психопатологічно дуже відрізняються від інших видів аутоагресії, що робить виправданим їх вивчення як окремого феномена. Необхідність виділення самоушкоджень без мети позбавлення себе життя як особливого виду аутоагресії підкреслювалася багатьма дослідниками і залишається актуальною проблемою і сьогодні [3,4].

У МКБ-10 несуйцидальні самоушкодження включені у розділі «Навмисні самоушкодження» (X76 - X83), «Пошкодження з невизначеними намірами» (Y26-Y30), «Наслідки навмисних самоушкоджень» (Y87.0), тобто розглядаються як варіант «зовнішніх причин захворюваності та смертності» (розділи X72-X83). Проблематика аутодеструкції, що має саме тісне відношення до розладів психіки, не знайшла належного відображення в класифікації психічних і поведінкових розладів. Але розглядається питання включення несуйцидальних самоушкоджень до класифікації DSM-V.

Відсутність однозначного визначення поведінки, пов'язаної із нанесенням індивідумом собі ушкоджень різного ступеня тяжкості, створює термінологічну невизначеність і обумовлює смислову тотожність понять, які по-різному звучать, що також ускладнює діагностику даних станів [5,6]. Поряд із поняттям самоушкоджуючої поведінки (*self-injurious behavior*) використовують поняття членушкодження (*self-mutilation behavior*), навмисної самошкоди (*deliberate self-harm*) і самопоранення (*self-wounding*) [7].

Вибір найбільш відповідного терміна визначається клінічною ситуацією і колом проблем,

пов'язаних і з досліджуваними аспектами самоушкодження, і з теоретичними установками дослідника. На наш погляд, відсутність єдиного терміну не створює проблеми, а лише вказує на різноманіття причин, чинників розвитку і проявів самопошкоджуючої поведінки.

І у вітчизняній, і в зарубіжній традиції існує досвід визначення суті самоушкоджуючої поведінки через термін «парасуїцид», під яким мається на увазі поведінка, що імітує суїцидальну, але без наміру вбити себе. Проблема розрізнення суїцидальної дії і самоушкодження ускладнюється ще й тим, що не завжди просто визначити, де ми маємо справу з повторюваними актами самоушкодження, а де з «репетиціями» суїцидального акту, так як за формою вони можуть виглядати ідентично.

При визначенні самоушкоджуючої поведінки дослідники акцентують увагу на психологічному чи фізичному компоненті. Психологічний компонент самоушкоджуючої поведінки пов'язується із психологічним неблагополуччям індивідуума і його прагненням це неблагополуччя подолати.

Фізичний компонент - із фізичною травматизацією, пошкодженням тканин і органів тіла. Згідно К. Меннінгер (K. Menninger) самоушкоджуюча поведінка виявляється формою «часткового суїциду», своєрідним самозціленням, що запобігає «тотального суїциду» [8]. А. Фавацца і Р. Розенталь (A. Favazza, R. Rosenthal) пояснюють даний феномен як форму відповіді «на психологічні симптоми або події навколишнього світу, що турбують» [5].

Під фізичною шкодою розуміється побиття, нанесення ран, кровопускання, переломи кісток та інші пошкодження тканин. Прагненням виділити самоушкоджуючу поведінку в окремий синдром продиктовано уточнення даного поняття деякими авторами через вказівку основних рис акта самоушкодження: навмисність, повторюваність, інтенціональність, соціальна неприйнятність, відсутність суїцидального наміру, по-

чуття напруги або тривоги, що передують акту, і почуття полегшення або занепокоєння після акту само ушкодження [9].

У клінічній практиці під самоушкоджуючою поведінкою мається на увазі стійка модель поведінки, що об'єднує дії, пов'язані із травмизацією (пошкодженням) тканин або органів власного тіла. Подібні дії:

а) здійснюються навмисно і виникають як звичайні дії у ситуаціях, що переживає особистість як кризові (в широкому сенсі цього поняття);

б) виявляються наслідком психопатологічних або невротичних розладів і носять характер нав'язливих, імпульсивних або стереотипних дій.

Для опису феноменів самоушкодження в клініці соматичних хвороб використовують такі поняття, як «невротичні екскоріації», «патомімія», «синдром Мюнхгаузена», «артіфіціальним дерматоз». До невротичних екскоріацій, «коли об'єктом невротичної атаки стає шкіра», відносять наслідки звичного розчісування шкіри, в результаті якого на шкірі утворюються рани та рубці.

У клініці пограничних особистісних розладів, поряд з повторюваними загрозами та/або спробами самогубства, акти самоушкодження, або самоспотворення (self-disfigurement) виступають одним з діагностичних критеріїв пограничного особистісного розладу [10]. Погранична особистість характеризується такими особливостями, як лабільність самооцінки, мінливість уявлень як про навколишню дійсність, так і про власну особистість - порушення аутоідентифікації, мінливість життєвих установок, цілей і планів, нездатність протистояти думці оточуючих. Акти самоушкодження пограничних особистостей включають самопорізи, удари по власному тілу та по голові, глибоке розчісування шкіри, висмикування волосся, втикання в шкіру голок, обкушування нігтів, припікання сигаретами та ін.

При розумовій відсталості факти самоушкодження реєструються у від 4 до 14% пацієнтів; як правило, включають багаторазові удари або шлепки по голові або особі, гучні удари головою об підлогу, стіни або меблі і характеризуються постійністю, а в разі неконтрольованості призводять до серйозних наслідків.

Надалі, якщо подібні факти ігноруються, репертуар розширюється за рахунок включення значних самоушкоджень, результатом яких може стати розвиток вторинних шкірних проблем (інфікування, порушення чутливості), невро-

логічні порушення і навіть летальний результат.

На думку дослідників, самопошкоджуюча поведінка при порушеннях психічного розвитку здійснюється в двох основних формах:

- у формі самоушкоджень, що тривають не більше декількох секунд;

- у формі тривалих актів самоушкодження (стереотипій), що тривають кілька годин з дуже короткими паузами.

Акти самоушкодження хворих шизофренією відрізняються широким діапазоном, вторинним характером (на тлі психопатологічної симптоматики), нерідко включені в структуру маячних розладів і відрізняються особливою химерністю, витонченістю, раптовістю і жорстокістю.

У даному випадку з найбільшою частотою зустрічаються такі важкі форми самоушкодження, як самоампутація, самокастрація, енуклеація очей. У дитячому віці при даній патології переважають стереотипні самоушкодження, які не супроводжуються больовими відчуттями і доставляють своєрідне задоволення.

Незважаючи на те що йде дискусія про необхідність виділення самоушкоджуючої поведінки як окремого синдрому, на сьогоднішній день феномени самоушкодження розглядаються як симптоми в структурі різних діагнозів.

У класифікації психічних і поведінкових розладів (МКБ-10) самоушкодження розглядається як супутній симптом в клініці депресивних і пограничних розладів (F32, F60.31), дитячого аутизму (F84.0) і стереотипних рухових розладів (F98.4).

Несуїцидальні самоушкодження розглядаються в рамках «зовнішніх причин захворюваності та смертності» (х 72-Х83) та включені до розділів «Навмисні самоушкодження» (Х76-Х83), «Пошкодження з невизначеними намірами» (Y26-Y30), «Наслідки навмисних самоушкоджень» (Y87 .0).

Класифікація самоушкоджуючої поведінки, запропонована американським психіатром Армандо Фаваззой і його колегами, базується на розрізненні актів членушкодження, раніше поданому К. Меннінгером:

1) членушкодження при невротичних розладах;

2) членушкодження психопатичних особистостей (під якими мають на увазі пацієнтів, що страждають манією, меланхолією, шизофренією, епілепсією);

3) членушкодження при органічних порушеннях;

4) членушкодження культурно-релігійного

характеру;

5) побутові форми членушкодження.

Згідно Меннінгер випадки нанесення собі ушкоджень різного ступеня тяжкості свідчать про підміну бажання померти бажанням покарати себе за якісь дії чи думки (як правило, сексуального характеру) і продовжувати жити далі (заплативши в буквальному сенсі «фізичну» ціну).

Якщо у випадках невротичного самоушкодження мова йде про те, щоб встановити певний компроміс «між руйнівними імпульсами і свідомістю» і, таким чином, через подібне «спокутування провини» знайти мир із самим собою, то у випадках психопатичного самоушкодження мова йде лише про самопокарання в силу байдужості до власної особистості.

У класифікації Фаваззі і його колег тенденції, намічені Меннінгером, отримують більш глибоке опрацювання і сучасну інтерпретацію. Базове розрізнення актів самоушкодження виходить із соціального значення тієї чи іншої форми самоушкодження (соціально та культурно обумовлена або девіантна, соціально неприйнятна).

Всі самоушкодження поділяються на дві основні категорії:

1) самоушкодження, зумовлені соціокультурними укладом (ритуалом, звичаєм, традицією);

2) девіантні самоушкодження, що включають в себе значні (важкі), стереотипні і поверхневі (символічні) акти самоушкодження.

У рамках самоушкоджень, обумовлених соціокультурними укладом, Фавазза розрізняє:

- самоушкодження, що здійснюються в ході ритуалів ініціації, символізуючих перехід з дитячого віку в доросле життя;

- самоушкодження, що здійснюються під впливом модних тенденцій, пов'язані з прикрасою свого тіла (татування, пірсинг, брендинг) [10].

Перша група девіантних самоушкоджень - це значні самоушкодження - рідкісні (або поодинокі) акти радикального і глибокого пошкодження тканин тіла (енуклеація очей, кастрація, ампутація частин тіла). Самоушкодження даного типу відрізняються раптовістю, значними ушкодженнями, нерідко відбуваються під впливом психотичних переживань і вимагають швидкого медичного втручання [11].

Друга група девіантних самоушкоджень - стереотипні самоушкодження - ритмічні акти, які повторюються строго за певною схемою і позбавлені смислового змісту (стереотипні удари головою, натискання на очне яблуко і т.п.). Подібні розлади найбільшою мірою асоційовані

з психоневрологічними розладами і часто зустрічаються при різних формах порушень психічного розвитку.

Третя група девіантних самоушкоджень - поверхневі (або символічні) самоушкодження - поділяються на компульсивні, епізодичні і повторювані акти самоушкодження. До цього типу належать неглибокі ушкодження тканин тіла, не представляють ризику для життя: порізи на шкірі, «гравірування» на шкірі (слова, візерунки або інші символи), перешкода загоєнню ран, навмисні переломи кісток, втикання голок, висмикування волосся, обкушування нігтів, розчісування шкіри та ін. [12].

Компульсивні самоушкодження об'єднують повторювані ритуальні дії, спрямовані на позбавлення від напруги; епізодичні самоушкодження відбуваються рідше, але також націлені на зняття напруги; повторювані акти самоушкодження характеризують глибоку поглинення і залучення індивідуума в процес само ушкодження [13].

Подібні акти можуть спостерігатися в клініці антисоціального і пограничного розладів особистості, посттравматичного стресового розладу, дисоціативного розладу, порушень харчової поведінки.

Як приклад більш вузької класифікації можна назвати топографічну класифікацію типів самоушкоджуючої поведінки дітей з інтелектуальною недостатністю та генетичними аномаліями. На основі таких ознак, як місцезнаходження рани, спосіб її нанесення і пов'язаний з цим тип поведінки, дослідники виділяють п'ять типів самоушкоджуючої поведінки [14]:

1) екстремальне самоушкодження (extreme self-inflicted injury);

2) стереотипне або та, що повторюється самоушкоджуюча поведінка (repetitive or stereotypic self-injurious behavior);

3) самоушкоджуюча поведінка зі збудженням (self-injurious behavior with agitation);

4) самоушкоджуюча поведінка зі збудженням при перериванні (self-injurious behavior with agitation when interrupted);

5) самоушкоджуюча поведінка з множинною топографією (self-injurious behavior with multiple topographies) [15].

Акти самоушкодження є досить поширеним явищем в клінічній практиці. Тип основного розладу визначає характер і особливості здійснюваних самоушкоджень.

Порушення інтелекту різного генезу зумовлюють стереотипні форми самоушкодження; розлади мислення й особистісні аномалії визна-

чають переважно імпульсивний або обсессивний характер актів самоушкодження.

У разі формування самоушкоджуючої поведінки на фоні вже наявних психічних і особистісних розладів інтенсивність і характер актів самоушкодження повністю визначається або біологічними механізмами (особливо якщо мова йде про самоушкодження на тлі порушень інтелекту), або тими психотичними або особистісно-аномальними структурами, які підтримують

хворобливий стан [16].

Акти самоушкодження у цьому разі мають вторинний і симптоматичний характер і визначаються переважно активністю патологічного стану психіки і глибиною особистісних розладів.

Тобто, враховуючи вищенаведені дані, ми намагалися вдосконалити діагностику аутоагресивної поведінки, за рахунок включення цих даних в карту обстеження пацієнта із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки.

Матеріал та методи дослідження

Предметом нашого дослідження була несуйцидальна аутоагресивна поведінка у працівників небезпечних видів професій. Найнебезпечнішою серед цивільних професій вважають професію гірника. Цьому є багато підтверджень, а саме, постійні повідомлення про аварії на вугільних шахтах, які забирають життя гірників. Також в наше дослідження було включено машиністів та їх помічників. Проблему аутоагресивної поведінки було розглянуто з позицій психосоматики.

Для удосконалення процедури збору анамнестичних даних та покращання психо-діагностичної процедури ми розробили та використали спец-

іальну карту обстеження пацієнта із підвищеним ризиком аутоагресивної поведінки, яка складається з 5 розділів (загальна інформація, сімейний та соціальний стан, опис існуючих проблем, модальний аналіз існуючих проблем, біологічні фактори) та додатково психодіагностичних методик.

В загальні розділи ми включили питання стосовно різних варіантів аутоагресивної поведінки для більш детального аналізу та диференційної діагностики її несуйцидальних варіантів. Питання було оформлено у вигляді таблиць для кращого підрахування результатів та подальшої статистичної обробки.

Результати дослідження та їх обговорення

За допомогою нашої карти проводилося обстеження осіб небезпечних видів професій, а саме, гірників, що постраждали внаслідок аварій на вугільних шахтах, на базі Донецької обласної клінічної лікарні профзахворювань, а також машиністів та помічників машиністів на базі Дорожньої клінічної лікарні № 1 ст. Київ.

Карта дозволила більш детально вивчити медико-психологічний стан обстежуваного, скласти індивідуальну програму медико-психологічної реабілітації, а також, з урахуванням особливостей кожного обстеженого є можливість об'єднання їх в однорідні за проблематикою групи для проведення групової терапії з реабілітаційною метою.

Додатком до карти була низка психодіагностичних методик спрямованих на виявлення депресії та тривоги, рівня алекситимії – опитувальник Баса-Дарки, шкала депресії Цунга, шкала тривоги Спілбергера-Ханіна, опитувальник

Шмішека, тест Люшера, Торонтська алекситимічна шкала, а також проєктивний тест виявлення психосоматичних проблем.

Усі обстежені нами пацієнти були чоловічої статі. Середній вік 37, 3±1,7, тобто працездатного віку. Нами було досліджено 534 працівника небезпечних видів професій – гірники вугільних шахт та машиністи і помічники машиністів метрополітену та залізничники, з них 354 обстежених було відібрано в наше дослідження, за критеріями включення. З них 278 гірників та 76 машиністів та помічників машиністів.

Гірники, машиністи та помічники машиністів, що увійшли в дослідження було визнано психічно здоровими, жодний з них не відмічав наявності суїцидальних думок, або суїцидальних спроб в анамнезі.

Один з факторів, який ми аналізували – була частота потрапляння обстежених в аварії, що представлено в табл. 1.

Таблиця 1

Розподіл обстежених за частотою потрапляння в аварії

| Обстежені | 1-2 аварії | | Більше 3 аварій | |
|-----------|------------|----------|-----------------|----------|
| | Число | Відсоток | Число | Відсоток |
| Гірники | 46 | 16,5 % | 232 | 83,5 % |
| Машиністи | 51 | 67,1 % | 25 | 32,9 % |

Також ми обстежили пацієнтів за стажем роботи і виявили такий розподіл (рис.1).

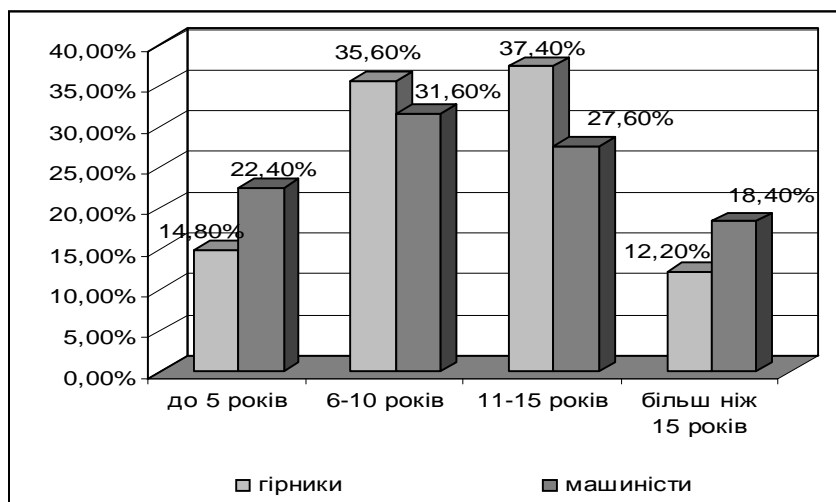


Рис. 1 Розподіл пацієнтів за стажем роботи

Між цими двома факторами виявився високий кореляційний зв'язок. Ми виявили, що показник частоти потрапляння в аварії підвищувався при зростанні стажу роботи. Цей зріст спостерігався до показника довжини стажу – до 15 років. При чому виявилася цікава тенденція – серед обстежених, особливо гірників, в групі тих, що мали стаж роботи більш ніж 15 років, частота потрапляння в аварії була менше ніж в групі до 5 років.

Так, серед гірників зі стажем роботи більше 15 років (34 особи) – 27 з них (79,4%) відмітили від 1 до 3 аварій, коли в групі гірників зі стажем роботи до 5 років (41 особа) – тільки 17 осіб (41,5%) відмітили частоту потрапляння в аварії від 1 до 3 разів.

Це можна пояснити кількома фактами, як наприклад, працівники, що дуже часто потрап-

ляли в аварії не витримували навантажень та кидали цю роботу чи переходили на більш легку. Навпроти особи, у яких стаж роботи був менше 5 років, частіше потрапляли в аварії, що може бути обумовлено тим, що вони можливо «шукали екстремальну роботу» і, коли починали працювати, то частіше нехтували правилами безпеки. Пошук екстремальних видів праці на сьогодні розглядається як один з багатьох варіантів несудимальної аутоагресивної поведінки.

Серед машиністів та їх помічників відмічалася інша тенденція – розподіл за частотою потрапляння в аварії та зв'язок зі стажем роботи був більш рівномірний. Це може бути обумовлено тим, що у машиністів нещасні випадки на роботі пов'язані більше із хибними діями інших осіб, навіть при умовах виконання усіх правил безпеки машиністами та помічниками.

С.Г. Поликова

ДИАГНОСТИКА ФЕНОМЕНА АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

В статье представлены результаты собственных исследований усовершенствования диагностики аутоагрессивного поведения у лиц опасных видов профессий. Представлен анализ состояния изучаемой проблемы. Описана разработанная «Карта обследования лиц с повышенным риском аутоагрессивного поведения», а также результаты ее апробации. Доказано, что использование разработанной карты усовершенствовало диагностику аутоагрессивного поведения. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 36-41).

DIAGNOSTICS OF PHENOMENON OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

Donetsk National medical university named after M. Gorky

The article presents the results of our research to improve diagnostics of autoaggressive behavior in persons of dangerous professions. There is the analysis of the state of the problem being studied. The developed "Scale for persons with an increased risk autoaggressive behavior" as well as the results of its testing. It is proved that the use of the developed map improved the diagnostics of autoaggressive behavior. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 36-41).

Література

1. Билле-Браге У., Чуприков А.П., Пилягина Г.Я, Войцех В.Ф. Глоссарий суицидологических терминов (методическое пособие). Киев, 1998. - 54 с.
2. Гасанов А. Х., Агазаде Н. В. Применение батареи психологических методик для активного выявления суицидальных тенденций // Проблемы неотложной психиатрии: Тез. докл. Всесоюз. конференции, 23-25 декабря 1985. - М., 1985. - С. 52 - 54.
3. Вольнов Н.М. Аутоагрессивное поведение у военнослужащих срочной службы (клиника, типология, факторы риска): Автореф. дисс. . канд. мед. наук . М., 2003. - 20 с.
4. Бойко И. Б. К вопросу о терминологии самоповреждений, членовредительств и аутоагрессии // Судебно-медицинская экспертиза. 1991. - №1. - С. 24-26.
5. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press 1996.
6. Solomon Y, Farrand J. Why don't you do it properly? Young women who self-injure. J Adolesc 1996; 19: 111-9.
7. Tantam D, Whittaker J. Personality disorder and selfwounding. Br J Psychiatry 1992; 161: 451-64.
8. Muehlenkamp JJ, Gutierrez PM. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of Adolescents. Suicide and Life-Threatening Behavior 2004; 34: 12-23.
9. Stanley B, Cameroff MJ, Michalsen V, Mann JJ. Are suicide attempters who self-mutilate a unique population. Am J Psychiatry 2001; 158 (3): 427-32.
10. Бек А., Фримен А. Когнитивная терапия пограничного расстройства личности. Журнал практической психологии и психоанализа. 2003; 2. <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20030208>
11. Oliver C, Hall S, Hales J et al. The Treatment of Severe Self-Injurious Behavior by the Systematic Fading of Restraints: Effects on Self-Injury, Self-Restraint, Adaptive Behavior and Behavioral Correlates of Affect. Research in Developmental Disabilities 1998; 19 (2): 143-65.
12. Matson JL, Lovullo SV. A review of behavioral treatments for self-injurious behaviors of persons with autism spectrum disorders. Behavior Modification 2008; 32: 61-76.
13. Robey KL, Reck JF, Giacomini KD et al. Modes and patterns of self-mutilation in persons with Lesch-Nyhan disease. Dev Med Child Neurol 2003; 45: 167-71.
14. Stokes JV, Luiselli JK. Applied Behavior Analysis Assessment and Intervention for Health: Threatening Self-Injury (Rectal Picking) in an Adult with Prader-Willi Syndrome. Clinical Case Studies 2009; 8: 38-47.
15. Swamidhas P, Russell S. Self-injurious Behavior to the Lower Extremities Among Children With Atypical Development: A Diagnostic and Treatment Algorithm. The International Journal of Lower Extremity 2006; 5 (1): 10-7.
16. Thompson T, Caruso M. Self-Injury: What We're Looking For. Schroeder SR, Osterker ML, Thompson Travis (eds). Self Injurious Behavior: Gene-Brain-Behavior Relationships. Washington, DC: American Psychological Association 2002.

Поступила в редакцию 28.05.2012

УДК 616.895.4:615.849.19-08

*И.В. Линский, Н.А. Малыгина***ДИНАМИКА ЦВЕТОПРЕДПОЧТЕНИЯ (ПО ДАННЫМ ТЕСТА ЛЮШЕРА) ЭНДОГЕННЫХ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ С СУИЦИДАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ ПОД ВОЗДЕЙСТВИЕМ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ ЛАЗЕРОТЕРАПИИ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Ключевые слова: эндогенное депрессивное расстройство, суицидальное поведение, лазеротерапия

Депрессия может появляться в любом возрасте, пик распространенности приходится на зрелый трудоспособный возраст между 25 и 44 годами, что повышает социальную значимость данной проблемы.

Работа выполнялась на базе женского психиатрического отделения областной клинической больницы № 3 г. Харькова. Всего в работе было обследовано 110 больных. В процессе лечения методом лазеротерапией было выделено 2 группы больных.

В 1 группе, где проводились сеансы – 40 больных с рекуррентным депрессивным расстройством. Во 2 группе – было 40 больных с депрессивным эпизодом.

Контрольную группу составляли 30 больных с традиционным методом лечения, которым не проводилась лазеротерапия (F32, F33) и по нозологической структуре соответствовала основной группе. Результаты лечения методом лазеротерапией оценивались путем сравнения с контрольной группой, в которой лазеротерапия не проводилась. Диагноз устанавливался по совокупности данных анамнеза, клинко-психопатологического исследования в соответствии с критериями Международной классификацией болезней 10-го пересмотра (МКБ-10).

К обследованию не привлекались лица с низким интеллектуальным уровнем (во избежание контекстуальных искажений при проведении психодиагностического исследования), с признаками органического поражения головного мозга различного генеза, с актуальной соматической и неврологической патологией, злоупотребляющие алкоголем или другими психоактивными веществами. Исследование психического статуса позволило разграничить больных с нарушениями психической сферы различной степени выраженности.

Был выявлен ряд особенностей цветопр

почтения, определяющих амбивалентность отношений разной степени выраженности у больных. Это выражалось в том, что цвет оценивался одновременно положительно и отрицательно, по-разному в начале и в конце обследования. Имело место резкое перемещение какого-либо цвета в начало или конец ряда при сравнении первого и второго выбора. Следует отметить, что амбивалентные тенденции в несколько раз чаще встречались у больных с суицидальными мыслями. Также на процедуру тестирования повлияли такие симптомы, как сниженная способность к концентрации внимания, сниженная самооценка и потеря уверенности к себе, идеи виновности и самоуничтожения, мрачное и пессимистическое настроение. Цветовой тест Люшера до лечения выявил такие особенности: высокую степень эмоциональной напряженности и низкий уровень работоспособности (сомневаются в целесообразности своей деятельности).

В цветовом реагировании больных проявилась непоследовательность, разноплановость, склонность к выходу за рамки или нарушению инструкций, тревожность, агитация, раздражительность, диссоциативные проявления временами доминировали над собственно тоскливым аффектом. Имело место сочетание и чередование вышеуказанных реакций с адекватными ответами.

С помощью цветового теста Люшера изучалось изменение отношения к цвету у больных с депрессивными расстройствами до и после лазеротерапии. Количественные данные обрабатывались с помощью методов математической статистики. Расчеты проводились на персональном компьютере.

Для оценки результатов цветового теста Люшера были построены гистограммы распределения каждого цвета по позициям цветового выбора до и после лечения суммарно в трех груп-

пах больных (110 человек), обозначена наиболее частая позиция для каждого цвета до и после лечения. Динамика распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии в основной группе представлена на рисунке 5.1-5.3.

При интерпретации результатов мы учитывали взаимное расположение цветовых пар, а также наличие и степень отвержения основных цветов и предпочтения дополнительных, т. е. признаки тревожности, фрустрированных потребностей, неблагоприятных компенсаций. Несмотря на определенный разброс значений, полученный в рассмотренных работах больных эндогенными депрессиями, их результаты говорят о следующем.

Синий цвет – символ спокойствия, удовлетворенности, нежности и привязанности до лечения занимал преимущественно 3,4 и 8 позиции, испытывает потребность в покое, в защите от внешних воздействий, стремление к устойчивому эмоциональному состоянию. После лечения он занимал 1,3,6 позиции, при этом значительно снижается его попадание на 7 и 8 позиции в основной группе, а в группе сравнения оставался на 3,7, и 8 позиции, что служит проективным подтверждением физиологического и нервного истощения, снижение сексуального влечения, перевозбуждения, потребности в защите от возбуждающих факторов.

Зеленый цвет - символизирует настойчивость, самоуверенность, упрямство, самоуважение до лечения достаточно равномерно распределяется по 3,4,5 и 6 позициям, часто встречается на 8 позиции. После лечения зеленый цвет преимущественно занимал 2 и 3 позиции, распределение (2) цвета сдвигается на первые 4 позиции ряда в основной группе, а в контрольной группе занимал 4 и 5 позиции.

Красный цвет – символизирует силу воли, активность, агрессивность, наступательность, властность, сексуальность и до лечения занимал 5 и 6 позиции. Выбор позиций испытуемых говорит об ощущении слабости и апатии. В сложившейся ситуации видят угрозу и опасность. Возмущается при мысли, что не в состоянии достичь своих целей, и страдает от ощущения бессилия что-либо с этим поделать. После лечения красный цвет в контрольной группе занимал 1, 2, 4, позиции – желание вести активный образ жизни, стремление иметь достаточно жизненных благ. В контрольной группе красный цвет был на 3, 4, 5 позициях.

Желтый цвет – символизирует активность,

стремление к общению, любознательность, оригинальность, веселость, честолюбие, до лечения занимал 5, 8 позиции - несбывшиеся надежды и ожидания вызывают неуверенность и опасения, страх разочарований. После лечения желтый цвет в основной группе переместился на 1 и 4 позиции – испытывали потребность в перемене обстановки, изменении существующих обстоятельств. Стремление к тому, чтобы любая деятельность доставляла удовольствие. В контрольной группе желтый цвет был на 2 и 5 позиции.

Фиолетовый цвет - это смесь красного и синего. Фиолетовый цвет пытается создать единый сплав из противоположностей, т.е. из красного цвета, как импульсного покорителя, и синего цвета, как нежной самоотверженности, а поэтому – это выражение идентификации. Тот, кто отдает предпочтение фиолетовому цвету, тот хотел бы магических взаимоотношений. Фиолетовый цвет – это сенсбилизация, магическо-эротическое отождествление. До и после лечения чаще занимал 4 и 5 места как в основной так и в контрольной группах - чувствительность и сентиментальность к воздействию со стороны окружающих, тонко чувствуют окружающих и нуждаются в таком же отношении.

Коричневый цвет – представляет собой чувственное восприятие, поэтому положение коричневого дает представление об отношении к жизненным физическим ощущениям. до и после лечения имел стойкое преимущество на 3 и 4 позиции – больной чувствует себя тревожно и неуверенно, постоянно испытывает дискомфорт, нуждается в ощущении большей безопасности и в более теплой обстановке. Находился коричневого цвета до лечения на 2, 3, 4 позициях. После лечения лазеротерапии сместился на 6,7,8 позиции, а группе сравнения был на 4,7 и 8 местах.

Черный цвет – это самый темный цвет. В черном цвете завершается концентрическое направление темных цветов вплоть до конечной точки. Черный – это абсолютная граница, где кончается жизнь. Поэтому черный цвет выражает идею «ничего». Черный передает накопление, оборону и вытеснение воздействий раздражителей, поэтому черный цвет означает отказ. Тот, кто выбирает черный на первое место – восстает против своей судьбы. Черный цвет преобладал на 1,3 и 4 позициях до лечения. После лечения черный цвет занимал 5,6,7,8 места в основной группе и 4,5,6 места в контрольной группе.

Серый цвет - не является ни цветным, ни светлым, ни темным. Он абсолютно не раздражает и

не имеет никакой психической тенденции. Серый цвет – это нейтральность как субъекта, так и объекта, как изнутри, так и снаружи; это ни напряжение, ни расслабленность. Чаще смещение серого цвета было к началу ряда: отгороженность, эскапизм, инертность, ананкастность, почти аутистическая интравертированность, потребность в комфортной изоляции и покое, занимал 2 и 3 позиции до лечения. Смещение (0) цвета в конец ряда у больных контрольной и основной группах сопровождалось повышением настроения.

Тест Люшера является классической проективной техникой, позволяя вскрывать латентные, неосознаваемые, вытесняемые, диссимилируемые тенденции, которые не всегда проявляются в клинической беседе или при анкетировании.

Из результатов изучения ведущих тенденций цветопредпочтения у находившихся под наблюдением больных следует, что световой выбор в значительной степени зависит от синдромально-го варианта депрессии, который определяет специфику аффективного статуса больных, состояние их мотивационно-потребностной сферы, особенностей эмоционального реагирования. Исходя из этого, был проведен анализ тенденций цветопредпочтения по признаку доминирующего синдрома: астено-депрессивному, депрессивно-ипохондрическому, тревожно-депрессивному, астено-вегетативному, тревожно-фобическому. Данные о динамике распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии в основной группе представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

Уровень латентной тревоги (А – «индекс тревоги») и напряжения (КВБ - коэффициент Шипоша) в зависимости от доминирующего синдрома до лечения лазеротерапии

| Синдром | Показатели | Основная группа | | Контрольная группа |
|-----------------------------|------------|-----------------|-----------|--------------------|
| | | ДЭ | РДЭ | |
| Астено-депрессивный | А | 5,50±0,75 | 5,00±0,68 | 5,00±0,68 |
| | КВБ | 2,33±0,31 | 2,33±0,31 | 2,45±0,32 |
| Депрессивно-ипохондрический | А | 4,00±0,51 | 4,00±0,51 | 4,00±0,51 |
| | КВБ | 2,55±0,31 | 2,55±0,31 | 2,55±0,31 |
| Тревожно-депрессивный | А | 6,00±0,70 | 6,00±0,70 | 6,00±0,70 |
| | КВБ | 2,14±0,24 | 2,14±0,24 | 2,14±0,24 |
| Астено-вегетативный | А | 5,00±0,53 | 5,00±0,53 | 5,00±0,53 |
| | КВБ | 2,33±0,24 | 2,33±0,24 | 2,33±0,24 |
| Тревожно-фобический | А | 6,00±0,58 | 6,00±0,58 | 6,00±0,58 |
| | КВБ | 2,45±0,22 | 2,45±0,22 | 2,45±0,22 |
| В среднем | А | 5,00±0,45 | 5,20±0,47 | 5,10±0,46 |
| | КВБ | 2,36±0,19 | 2,34±0,19 | 2,35±0,19 |

Примечание: достоверных различий между основной и контрольной группами нет.

Чаще у больных с депрессивно-ипохондрической симптоматикой и большой давностью процесса при первом тестировании на первые три позиции попадали 6, 5, 0 цвета. У данной группы больных после лечения на первые три позиции попадали 1, 2 и 0 цвета, что говорило о купировании депрессивно-ипохондрической симптоматики.

Больные, у которых клинически и по оценочным шкалам отмечалось повышение активности, улучшение когнитивных функций (контакт, структура речи) изменялся

характер цветового выбора: на первые три позиции попадали 3, 4, 2 цвета, которые при первом тестировании чаще занимали 5, 6, 8 позиции.

Применение восьмицветового теста Люшера позволило установить, что уровень латентной тревоги и напряжения в основной группе после лазеротерапии при повторном тестировании приближались к показателям нормы - А=1 и КВБ=0,2. В контрольной группе уровень латентной тревоги напряжения был выше - А=2, КВБ=1,5.

Уровень латентной тревоги (А – «индекс тревоги») и напряжения (КВБ - коэффициент Шипоша) в зависимости от доминирующего синдрома после лечения лазеротерапии

| Синдром | Показатели | Основная группа | | Контрольная группа |
|-----------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|--------------------|
| | | ДЭ | РДЭ | |
| Астено-депрессивный | А | 1,37±0,14 ¹⁾ | 1,87±0,16 ¹⁾ | 2,73±0,27 |
| | КВБ | 0,92±0,09 ¹⁾ | 1,21±0,11 ¹⁾ | 1,45±0,14 |
| Депрессивно-ипохондрический | А | 1,27±0,13 ¹⁾ | 1,60±0,14 ¹⁾ | 3,80±0,38 |
| | КВБ | 0,73±0,07 ¹⁾ | 0,89±0,08 ¹⁾ | 1,83±0,18 |
| Тревожно-депрессивный | А | 1,17±0,12 ¹⁾ | 1,36±0,12 ¹⁾ | 2,33±0,23 |
| | КВБ | 0,78±0,08 ¹⁾ | 0,87±0,07 ¹⁾ | 1,34±0,13 |
| Астено-вегетативный | А | 2,13±0,21 ¹⁾ | 2,28±0,19 ¹⁾ | 1,07±0,11 |
| | КВБ | 0,31±0,03 ¹⁾ | 0,31±0,03 ¹⁾ | 1,53±0,15 |
| Тревожно-фобический | А | 0,97±0,10 ¹⁾ | 0,93±0,08 ¹⁾ | 1,93±0,19 |
| | КВБ | 0,18±0,02 ¹⁾ | 0,16±0,01 ¹⁾ | 1,35±0,14 |
| В среднем | А | 1,40±0,13 ¹⁾ | 1,42±0,11 ¹⁾ | 2,00±0,18 |
| | КВБ | 0,50±0,04 ¹⁾ | 0,49±0,05 ¹⁾ | 1,36±0,11 |

Примечание: ¹⁾ – различия с контрольной группой достоверны (p < 0,05)

В результате анализа распределения цветов по позициям до и после лечения методом лазеротерапии было выявлено различие цветового выбора между основной и контрольной группами: достоверное (p < 0,05) изменение характера цветового выбора: перемещение 0, 6, 7 цветов в конец ряда, что говорит о снижении тревожности, напряженности, улучшения эмоционального состояния, снижение амбивалентных тенден-

ций у больных основной группы. Больные, предпочитавшие 0, 5, 6, 7, цвета на первых четырех позициях, что говорит о сохранении депрессивной симптоматики (высокую степень эмоциональной напряженности и низкий уровень работоспособности, сомневаются в целесообразности своей деятельности) составляли контрольную группу данного исследования, в которой не проводилась лазеротерапия.

I.V. Linskiy, N.A. Malykhina

ДИНАМИКА КОЛЬОРОВИХ УПОДОБАНЬ (ЗА ДАНИМИ ТЕСТУ ЛЮШЕРА) ЕНДОГЕННИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ, ЯКІ СУПРОВОДЖУЮТЬСЯ СУЇЦИДАЛЬНОЮ ПОВЕДІНКОЮ, З ЗАСТОСУВАННЯМ ЛАЗЕРОТЕРАПІЇ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Дано теоретичне узагальнення кольорових уподобань за даними тесту Люшера у динаміки у 110 хворих ендogenous депресивними розладами з суїцидальною поведінкою під впливом комплексного лікування з застосуванням антидепресантів і лазеротерапії. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 42-46).

I.V. Linskiy N.A. Malykhina

TDYNAMICS OF PREFERENCE OF COLORS SOFTWARE TO INFORMATION OF TEST OF LYUSHERA) ENDOGENOUS DEPRESSED DISORDERS WITH SUICIDAL CONDUCT UNDER ACT OF HOLIATRY WITH THE USE OF PHOTORADIOTHERAPY

GU «Institute of neurology, to psychiatry and narcology of NAMN of Ukraine»

The analysis of feature of preference of colors is conducted from data of test of Lyushera in a dynamics at 110 patients by the endogenous depressed disorders with a suicidal conduct under act of holiatry with the use of photoradiotherapy. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 42-46).

Література

1. Бєро, М. П. Досвід організації роботи з особами з суїцидальним ризиком і схильних до самоушкодження [Текст] / М. П. Бєро, С. Я. Бєро // Український вісник психоневрології. — 2008. — Т. 16, вип. 1 (54). — С. 70-72.
2. Богданов, Н. Н. К дискуссии о принципах физиотерапии [Текст] / Н. Н. Богданов, В. В. Ежов // Мед. реабилитация, курорт, физиотер. — 1997. — № 2. — С. 58–62.
3. Варенкина, И. С. Лазеротерапия в комплексном лечении психических больных [Текст] / И. С. Варенкина, А. В. Картелишев, М. В. Игельник // Клини. и социальн. психиатрия. — 1994. — № 4. — С. 125–130.
4. Денисенко, М. М. Клинико – психопатологические предикторы суицидального поведения у больных экзогенными и эндогенными депрессиями [Текст] / М. М. Денисенко // Таврический журнал психиатрии. — 2010. — В. 14 № 4 53). — С. 13–18.
5. Клебанов, Г. И. Влияние низкоинтенсивного лазерного излучения на функциональный потенциал лейкоцитов [Текст] / Г. И. Клебанов, Ю. О. Теселкин, И. В. Бабенкова, Т. Ю. Башкуева // Бюлл. Эксп. Биол. мед.- 1997. — Т. 123. — № 4. — С. 395–398.
6. Лікування ендогенних депресивних розладів методом лазеротерапії: методичні рекомендації / [Н. О. Марута, А. М. Бачериков, Н. А. Малихіна та ін.] — Х. : Міністерство охорони здоров'я України АМН України, 2011. — 17 с.
7. Марута, Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств [Текст] / Н. А. Марута // Здоров'я України. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
8. Основные принципы применения лазерных систем в медицине [Текст] / И.А. Михайлова, Г.В. Папаян, Н.Б. Золотова, Т.Г. Гришачева. — М., 2007.
9. Пат. 38117 Україна, МПК А61N 5/067 (2008.01). Спосіб лазеротерапії [Текст] / П. В. Волошин, М. О. Марута, А. М. Бачериков та інш. // Опубл. 25.12.08, Бюл. № 24. — 5 с.
10. Сонник, Г. Т. Психіатрія : [Текст] підручник / Г. Т. Сонник, О. К. Напрєєнко, А. М. Скрипніков. — К. : Здоров'я, 2006. — 432 с.

Поступила в редакцію 17.09.2012

УДК: 159.942.5+616.89-008.447]-055:351.74-51

*В.Ю. Омельянович***ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЛИЯНИЯ МЕХАНИЗМОВ КОПИНГ-ПОВЕДЕНИЯ НА РАЗВИТИЕ СИНДРОМА ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: психическая дезадаптация, психосоматические заболевания, копинг-поведение, эмоциональное выгорание, гендерные особенности, сотрудники органов внутренних дел

Деформация личности профессионала [1] - одна из серьезных не только психологических, но и общегосударственных проблем в сложных социально-экономических условиях современности, отягчаемых перманентным морально-идеологическим кризисом, достигшим в Украине за последние два десятилетия катастрофических масштабов. Все эти исключительно враждебные воздействия окружающего социума требуют от работников, облеченных властными полномочиями и по долгу службы вовлеченных в постоянные межличностные контакты с зачастую не самыми лучшими представителями населения, максимальной мобильности и устойчивости к стрессовым воздействиям [2].

В качестве наиболее четко описанного в литературе и не вызывающего особых теоретических противоречий психологического феномена, являющегося отражением как процесса профессиональной психологической деформации, так, в конечном счете, и маркера нарушений адаптационных процессов, выступает синдром эмоционального выгорания (СЭВ). В настоящее время синдром эмоционального выгорания или синдром перегорания (burnout syndrome) [3], выделен в МКБ-10 в диагностическую рубрику Z 73.0 - «Выгорание», входящую в раздел Z 73 («Проблемы, имеющие отношение к затруднениям в решении повседневных жизненных вопросов»). Согласно определению ВОЗ «синдром выгорания - это физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе и усталостью, бессонницей, повышенной подверженностью соматическим заболеваниям, а также употреблением алкоголя или других психоактивных веществ с целью получить временное облегчение, что имеет тенденцию к развитию физической зависимости и (во многих случаях) суицидальному поведению. Этот синдром

обычно расценивается как стресс-реакция в ответ на безжалостные производственные и эмоциональные требования, происходящие от излишней преданности человека своей работе с сопутствующим этому пренебрежением семейной жизнью или отдыхом» [4].

В качестве важнейших форм адаптационных процессов индивида, как в отечественной, так и в зарубежной литературе рассматриваются механизмы совладания (копинг-поведения) [5]. Как указывали R.Lazarus и S.Folkman, копинг-поведение (КП) - это стратегии действий, принимаемые человеком в ситуациях психологической угрозы физическому, личностному или социальному благополучию, осуществляемые в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах функционирования личности и ведущие к успешной или менее успешной адаптации [6, 7].

Исходя из всего вышесказанного, целью настоящего исследования являлось выявление конкретных типов преодолевающего (копинг) поведения, препятствующих или способствующих процессам эмоционального выгорания у лиц с нарушениями психической адаптации к условиям службы в органах внутренних дел.

Соответственно, в качестве исследовательских задач выступало: структурирование контингента лиц в состоянии парциальной психической дезадаптации, страдающих психосоматическими расстройствами и здоровых, адаптированных в зависимости от активности процессов эмоционального выгорания; выявление взаимосвязей между активностью определенных копинг-механизмов и симптоматической структурой синдрома эмоционального выгорания; определение взаимосвязей между характеристиками копинг-поведения и синдрома эмоционального выгорания у респондентов с нарушениями психической адаптации и у практически здоро-

вых, адаптированных, как базиса для понимания воздействия данных психологических феноменов на процессы психической адаптации к

службе в органах внутренних дел; выявление гендерной специфичности полученных в результате исследования результатов.

Материалы и методы исследования

Материалом данной работы являются результаты обследования 2123 человек: 1630 сотрудников органов и подразделений Главного Управления МВД Украины в Донецкой области и 493 курсантов Донецкого юридического института МВД Украины. Каждая из указанных выборок была разбита на 2 гендерные группы, которые состояли из 3 исследовательских групп: 1 группа - лица, у которых было диагностировано состояние парциальной психической дезадаптации (ППД), состоящая из 125 мужчин-сотрудников ОВД (70,0% группы) и 54 женщин (30,0%), а так же из 63 мужчин-курсантов (100% группы); 2 группа - пациенты, страдающие психосоматическими заболеваниями (ПСЗ), состоящая из 213 сотрудников-мужчин (77,74%) и 61 женщины (22,26%), а так же из 21 мужчины-курсанта (48,84% группы) и 22 женщин (51,16%); 3 – контрольная группа, составленная практически здоровыми, адаптированными респондентами (ПЗ): 1176 сотрудников ОВД, из которых 962 (81,8%) принадлежали к мужскому гендеру, а 214 (18,2%) – к женскому, а так же 388 курсантов, из кото-

рых 291 (75,0%) принадлежали к мужскому гендеру, а 97 (25,0%) – к женскому.

Для исследования механизмов преодолевающего стресс поведения был использован тест Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (КП), разработанный С. Норман, Д.Ф. Эндлер, Д.Ф. Джеймс, М.И. Паркер, адаптированный Т.А. Крюковой [8]. Для изучения динамических характеристик синдрома эмоционального выгорания была использована Методика диагностики уровня эмоционального выгорания (В.В. Бойко) [9].

Для анализа полученных результатов использовались как непараметрические, так и параметрические методы математической статистики. Структурирование исследуемых групп в зависимости от выраженности эмоционального выгорания проводилось с использованием патриционного кластерного анализа. Для определения, ассоциированы ли по величине наборы данных, полученных при обработке результатов экспериментально-психологических методик, производился корреляционный анализ Пирсона.

Результаты исследования и их обсуждение

В результате проведенного патриционного кластерного анализа показателей методики ДЭВ в рамках каждой из исследовательских групп было выделено по два кластера респондентов (таб. 1), выраженность симптомов эмоционального выго-

рания у которых статистически значимо отличалась ($p \leq 8E-10$) – у представителей 1-х симптоматических кластеров она была значительно выше, что позволяет расценивать их в качестве представителей кластера «выгорающих» респондентов.

Таблица 1

Результаты патриционного кластерного анализа показателей методики ДЭВ в рамках исследуемых групп сотрудников ОВД и курсантов ВУЗа МВД

| категор. | группа | СОТРУДНИКИ ОВД | | | | | | КУРСАНТЫ ВУЗа МВД | | | | | |
|----------|--------|----------------|-------|------|-------|------|-------|-------------------|------|------|-------|------|-------|
| | | ППД | | ПСЗ | | ПЗ | | ППД | | ПСЗ | | ПЗ | |
| кластер | | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % |
| М | 1 | 20 | 15,66 | 81 | 38,06 | 259 | 26,94 | 23 | 37,1 | 5 | 23,81 | 72 | 24,91 |
| | 2 | 106 | 84,34 | 132 | 61,94 | 703 | 73,06 | 39 | 62,9 | 16 | 76,19 | 219 | 75,09 |
| Ж | 1 | 14 | 25,7 | 9 | 15,38 | 11 | 4,965 | - | - | 9 | 40,91 | 20 | 18,95 |
| | 2 | 40 | 74,3 | 52 | 84,62 | 203 | 95,04 | - | - | 13 | 59,09 | 77 | 81,05 |

Анализ взаимосвязей между механизмами копинг-поведения и симптоматической структурой синдрома эмоционального выгорания представляется целесообразным начать именно с исследова-

ния данных феноменов у представителей кластеров «выгорающих» и «невыгорающих» пациентов вне зависимости от наличия или отсутствия у них нарушений психической адаптации (таб. 2).

Результаты корреляционного анализа Пирсона показателей методики КП и интегральных шкал теста ДЭВ представителей симптоматических кластеров

| шкалы | | решен.задач | | эмоции | | избегание | | отвлечение | | соц.отвлеч. | | |
|----------------------------|---------|----------------------------|-------|--------|-------|-----------|-------|------------|-------|-------------|-------|------|
| показатели | | г | р | г | р | г | р | г | р | г | р | |
| СОТРУДНИКИ ОВД | МУЖЧИНЫ | 1 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,14 | 0,029 | 0,32 | 6E-07 | 0,06 | 0,31 | 0,13 | 0,046 | -0,14 | 0,04 |
| | | Р | -0,01 | 0,913 | 0,13 | 0,04 | 0,05 | 0,43 | 0,02 | 0,659 | -0,03 | 0,7 |
| | | И | -0,03 | 0,964 | 0,15 | 0,019 | 0,04 | 0,48 | -0,02 | 0,785 | -0,07 | 0,3 |
| | | 2 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,22 | 4E-08 | 0,07 | 0,09 | 0,01 | 0,72 | 0,05 | 0,21 | -0,04 | 0,32 |
| | Р | 0,07 | 0,06 | 0,13 | 8E-04 | 0,13 | 0,001 | 0,13 | 0,001 | 0,01 | 0,89 | |
| | И | -0,03 | 0,47 | 0,10 | 0,01 | 0,08 | 0,03 | 0,12 | 0,003 | -0,03 | 0,43 | |
| | ЖЕНЩИНЫ | 1 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,58 | 0,005 | 0,31 | 0,156 | 0,34 | 0,12 | 0,36 | 0,09 | 0,48 | 0,02 |
| | | Р | 0,04 | 0,831 | 0,17 | 0,451 | 0,02 | 0,92 | -0,08 | 0,73 | -0,23 | 0,29 |
| | | И | -0,12 | 0,604 | 0,36 | 0,097 | 0,1 | 0,63 | -0,12 | 0,6 | 0,02 | 0,9 |
| 2 симптоматический кластер | | | | | | | | | | | | |
| Н | | -0,09 | 0,19 | 0,32 | 4E-06 | -0,02 | 0,73 | 0,06 | 0,38 | -0,1 | 0,16 | |
| Р | -0,14 | 0,04 | 0,29 | 3E-05 | -0,04 | 0,54 | 0,03 | 0,62 | -0,06 | 0,43 | | |
| И | -0,14 | 0,05 | 0,32 | 4E-06 | 0,04 | 0,49 | 0,05 | 0,42 | -0,03 | 0,66 | | |
| КУРСАНТЫ ВУЗа МВД | МУЖЧИНЫ | 1 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,12 | 0,2 | 0,23 | 0,019 | 0,03 | 0,97 | 0,1 | 0,29 | -0,09 | 0,33 |
| | | Р | -0,02 | 0,83 | 0,16 | 0,1 | 0,02 | 0,78 | -0,01 | 0,9 | -0,02 | 0,81 |
| | | И | -0,2 | 0,04 | -0,03 | 0,71 | -0,06 | 0,54 | -0,01 | 0,98 | 0,01 | 0,88 |
| | | 2 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,29 | 1E-06 | 0,21 | 5E-04 | -0,01 | 0,84 | 0,1 | 0,07 | -0,14 | 0,01 |
| | Р | 0,09 | 0,11 | 0,19 | 0,001 | 0,17 | 0,004 | 0,18 | 0,002 | 0,13 | 0,03 | |
| | И | -0,05 | 0,41 | 0,08 | 0,15 | -0,03 | 0,56 | -0,02 | 0,71 | -0,07 | 0,21 | |
| | ЖЕНЩИНЫ | 1 симптоматический кластер | | | | | | | | | | |
| | | Н | -0,2 | 0,06 | 0,34 | 0,001 | -0,12 | 0,26 | -0,08 | 0,44 | -0,27 | 0,01 |
| | | Р | -0,01 | 0,92 | 0,19 | 0,07 | 0,04 | 0,66 | 0,03 | 0,71 | -0,04 | 0,7 |
| | | И | 0,16 | 0,11 | -0,03 | 0,78 | -0,08 | 0,45 | -0,15 | 0,15 | -0,03 | 0,79 |
| 2 симптоматический кластер | | | | | | | | | | | | |
| Н | | -0,35 | 0,07 | 0,06 | 0,75 | -0,08 | 0,69 | 0,02 | 0,88 | -0,23 | 0,24 | |
| Р | 0,41 | 0,03 | 0,37 | 0,05 | 0,37 | 0,05 | 0,27 | 0,16 | 0,31 | 0,1 | | |
| И | -0,11 | 0,58 | 0,21 | 0,27 | -0,2 | 0,32 | -0,2 | 0,32 | -0,21 | 0,28 | | |

У представителей 1 кластера («выгорающих» пациентов) мужского гендера сотрудников ОВД имела место статистически значимая связь ($r \geq 0,227$; $p \leq 0,0002$) между активностью копинга, направленного на эмоции и выраженностью фазы напряжения (в большей мере за счет симптомов переживания психотравмирующих обстоятельств и тревожно-депрессивной симптоматики) а так же, значительно менее выраженная корреляция ($r \geq 0,135$; $p \leq 0,04$) между данным видом копинга и выраженностью фаз резистенции и истощения (в данном случае – за счет связи с симптомами расширения сферы экономии эмоций и психовегетативными нарушениями). Кроме того, достаточно слабая, хотя и статистически значимая положительная корреляционная связь имела место между выраженностью фазы напряжения и копингом, направленным на от-

влечение, а с копингом, направленным на решение задач и на избегание такая связь имела уже отрицательный характер.

У представителей 2 симптоматического кластера мужского гендера сотрудников ОВД (лица с минимальными проявлениями СЭВ) копинг, направленный на решение задач, так же имел статистически значимую отрицательную корреляционную связь с фазой напряжения ($r = -0,22$; $p = 4E-08$), а вот копинг, направленный на эмоции, избегание и отвлечение, в отличие от представителей 1 кластера, с фазой напряжения значимых связей не имел ($r \leq 0,073$; $p \geq 0,093$), в то время как с фазами истощения и резистенции, у данных видов преодолевающего поведения, напротив, имели место положительные корреляционные связи ($r \geq 0,085$; $p \leq 0,038$). Кроме того, характерным является и тот факт, что у предста-

вителей 2 кластера, в отличие от «выгорающих» сотрудников ОВД, отсутствовали какие-либо связи между симптомами СЭВ и активностью процессов социального отвлечения.

У представителей 1 кластера женского гендера сотрудников ОВД статистически значимые корреляционные связи наблюдались только между выраженностью фазы напряжения и копингом, направленным на решение задач и на социальное отвлечение, за счет выраженности симптомов переживания психотравмирующих обстоятельств, причем, если в отношении копинга, направленного на решение задач эти связи носили отрицательный характер ($r \geq -0,5$; $p \leq 0,018$), то в отношении копинга, направленного на социальное отвлечение - положительный ($r \geq 0,47$; $p \leq 0,027$).

У представителей 2 симптоматического кластера женского гендера сотрудников ОВД единственным видом копинг-поведения, имеющим статистически значимые корреляционные связи с выраженностью всех трех фаз СЭВ ($r \geq 0,298$; $p \leq 0,00003$) и с большинством его симптомов, являлся копинг, направленный на эмоции.

Копинг, направленный на решение задач, находился в отрицательной корреляции ($r \geq 0,16$; $p \leq 0,031$) с выраженностью отдельных симптомов всех трех фаз СЭВ (неудовлетворенность собой, расширение сферы экономии эмоций, эмоциональный дефицит, психовегетативные нарушения), однако статистически значимая отрицательная корреляция была определена только с интегральным показателем фазы резистенции ($r = 0,14$; $p = 0,047$). Все остальные виды преодолевающего поведения никоим образом не влияли на выраженность симптомов СЭВ ($r \geq 0,135$; $p \leq 0,04$).

При проведении аналогичного корреляционного анализа Пирсона показателей методик КПС и ДЭВ представителей симптоматических кластеров мужского гендера курсантов ВУЗа МВД, оказалось, что в отличие от сотрудников ОВД, у «выгорающих» курсантов только два варианта копинг-поведения - копинг, направленный на эмоции и копинг, направленный на решение задач, значимо ($r \geq 0,488$; $p \leq 0,021$) влияли на проявления синдрома эмоционального выгорания. При этом, если копинг, направленный на эмоции, функционировал аналогично тому, что мы наблюдали в группе сотрудников ОВД (положительная корреляция с выраженностью фазы напряжения), то копинг, направленный на решение задач имел отрицательную корреляционную связь с выраженностью фазы истощения (тогда, как у сотрудников ОВД это была фаза напряже-

ния). Данное обстоятельство дает нам возможность предполагать, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД механизмы копинг-поведения (в особенности – копинг, направленный на эмоции) задействованы в случае развития СЭВ значительно шире, чем у курсантов. Вместе с тем, если у сотрудников ОВД наиболее конструктивный вариант копинга, направленного на решение задач, угнетается уже по мере развития фазы напряжения, то у курсантов это происходит только при развитии финальной фазы СЭВ – фазы истощения.

У представителей 2 кластера мужского гендера курсантов, в отличие от сотрудников ОВД с минимальными проявлениями СЭВ, в процессе нарастания проявлений эмоционального выгорания были активированы практически все рассмотренные варианты копинг-поведения. В частности, с фазой резистенции имели положительные корреляционные связи ($r \geq 0,131$; $p \leq 0,031$) все виды копинга, кроме копинга, направленного на решение задач, а фаза напряжения имела положительную корреляцию с активностью копинга, направленного на эмоции ($r = 0,213$; $p = 5E-04$), и отрицательную – с копингом, направленным на решение задач и на социальное отвлечение ($r \geq -0,147$; $p \leq 0,016$). Следует особо отметить, что, несмотря на, описанные выше, связи копинг-поведения с фазами СЭВ, у представителей 2 кластера мужского гендера курсантов симптомы тревоги и депрессии, неадекватного избирательного эмоционального реагирования имели значимую положительную корреляционную связь с выраженностью всех без исключения вариантов копинг-поведения ($r \geq 0,139$; $p \leq 0,023$).

У «выгорающих» женщин-курсанток ВУЗа МВД так же, как и в случае рассмотрения мужского гендера, имелись явные отличия от структуры взаимосвязей между проявлениями СЭВ и копинг-поведением у сотрудников ОВД. Так, если у «выгорающих» женщин-сотрудниц ОВД по мере развития фазы напряжения СЭВ механизмы социального отвлечения активировались, а копинг, направленный на решение задач, напротив, использовался в меньшей степени, то у «выгорающих» курсанток социальное отвлечение как раз в случае развития фазы напряжения угнеталось ($r = -0,27$; $p = 0,01$), а наиболее широко использовался копинг, направленный на эмоции ($r = 0,341$; $p = 0,001$).

При сравнении результатов корреляционного анализа показателей методик КПС и ДЭВ у лиц, составивших 2 кластер женского гендера курсантов и сотрудников ОВД, так же обраща-

ют на себя внимание разнонаправленные корреляции между активностью копинга и выраженностью фаз СЭВ.

Так, если у сотрудниц ОВД по мере развития фазы резистенции, копинг, направленный на решение задач, редуцировался, то у курсанток он,

наоборот, использовался более активно ($r=0,41$; $p=0,033$).

Статистически значимых связей между копинг-поведением и остальными фазами СЭВ у представителей 2 кластера женщин-курсанток ВУЗа МВД выявлено не было ($r \leq 0,374$; $p \geq 0,055$).

Таблица 3

Результаты корреляционного анализа Пирсона показателей методики КП и интегральных шкал теста ДЭВ представителей исследуемых групп

| показатели | | решен.задач | | эмоции | | избегание | | отвлечение | | соц.отвлеч. | | |
|-------------------|-----|-------------|-------|--------|------|-----------|-------|------------|-------|-------------|-------|-------|
| | | г | р | г | р | г | р | г | р | г | р | |
| СОТРУДНИКИ ОВД | | | | | | | | | | | | |
| МУЖЧИНЫ | ППД | Н | -0,23 | 0,03 | 0,22 | 0,04 | -0,05 | 0,61 | 0,06 | 0,56 | -0,22 | 0,04 |
| | | Р | -0,06 | 0,55 | 0,33 | 0,002 | -0,05 | 0,62 | -0,06 | 0,55 | -0,11 | 0,32 |
| | | И | -0,07 | 0,48 | 0,29 | 0,007 | -0,02 | 0,82 | -0,09 | 0,37 | -0,05 | 0,65 |
| | ПСР | Н | -0,02 | 0,76 | 0,48 | 1E-06 | 0,14 | 0,07 | 0,15 | 0,06 | -0,05 | 0,53 |
| | | Р | 0,04 | 0,59 | 0,39 | 2E-06 | 0,15 | 0,06 | 0,15 | 0,06 | 0,06 | 0,43 |
| | | И | -0,01 | 0,85 | 0,32 | 8E-05 | 0,14 | 0,09 | 0,12 | 0,16 | 0,05 | 0,52 |
| | ПЗ | Н | -0,14 | 3E-04 | 0,26 | 1E-06 | 0,01 | 0,83 | 0,04 | 0,26 | -0,13 | 8E-04 |
| | | Р | -0,03 | 0,35 | 0,22 | 1E-06 | 0,06 | 0,1 | 0,09 | 0,01 | -0,01 | 0,87 |
| | | И | -0,11 | 0,01 | 0,25 | 1E-06 | 0,04 | 0,28 | 0,07 | 0,06 | -0,09 | 0,02 |
| ЖЕНЩИНЫ | ППД | Н | 0,06 | 0,72 | 0,31 | 0,07 | -0,2 | 0,25 | -0,08 | 0,65 | -0,19 | 0,28 |
| | | Р | -0,32 | 0,06 | 0,22 | 0,21 | -0,01 | 0,95 | -0,09 | 0,61 | 0,03 | 0,85 |
| | | И | -0,17 | 0,33 | 0,43 | 0,01 | 0,01 | 0,95 | 0,03 | 0,85 | 0,19 | 0,28 |
| | ПСР | Н | -0,08 | 0,61 | 0,5 | 7E-04 | 0,08 | 0,58 | 0,25 | 0,1 | -0,04 | 0,78 |
| | | Р | -0,07 | 0,64 | 0,49 | 9E-04 | 0,01 | 0,92 | 0,2 | 0,19 | -0,09 | 0,56 |
| | | И | -0,15 | 0,33 | 0,59 | 4E-05 | -0,05 | 0,72 | 0,09 | 0,54 | -0,2 | 0,2 |
| | ПЗ | Н | -0,22 | 0,008 | 0,28 | 5E-04 | 0,01 | 0,91 | 0,13 | 0,1 | -0,03 | 0,64 |
| | | Р | -0,01 | 0,85 | 0,29 | 3E-04 | 0,02 | 0,8 | 0,06 | 0,45 | 0,05 | 0,51 |
| | | И | -0,13 | 0,12 | 0,26 | 0,002 | 0,1 | 0,22 | 0,12 | 0,14 | 0,01 | 0,9 |
| КУРСАНТЫ ВУЗа МВД | | | | | | | | | | | | |
| МУЖЧИНЫ | ППД | Н | -0,11 | 0,41 | 0,54 | 5E-06 | 0,04 | 0,75 | 0,13 | 0,31 | -0,16 | 0,22 |
| | | Р | -0,05 | 0,67 | 0,57 | 1E-06 | 0,07 | 0,55 | 0,1 | 0,4 | -0,05 | 0,68 |
| | | И | -0,19 | 0,14 | 0,42 | 6E-04 | -0,03 | 0,83 | 0,01 | 0,9 | -0,07 | 0,59 |
| | ПСР | Н | -0,41 | 0,06 | 0,36 | 0,1 | 0,12 | 0,58 | 0,23 | 0,3 | -0,19 | 0,40 |
| | | Р | -0,23 | 0,31 | 0,42 | 0,05 | 0,03 | 0,87 | 0,22 | 0,33 | -0,12 | 0,59 |
| | | И | -0,3 | 0,18 | 0,29 | 0,2 | 0,02 | 0,92 | 0,22 | 0,32 | -0,2 | 0,37 |
| | ПЗ | Н | -0,17 | 0,004 | 0,34 | 1E-06 | 0,01 | 0,79 | 0,08 | 0,15 | -0,12 | 0,04 |
| | | Р | 0,02 | 0,63 | 0,34 | 1E-06 | 0,12 | 0,03 | 0,12 | 0,03 | 0,06 | 0,3 |
| | | И | -0,1 | 0,09 | 0,27 | 3E-06 | -0,04 | 0,5 | -0,02 | 0,76 | -0,1 | 0,08 |
| ЖЕНЩИНЫ | ПСР | Н | -0,23 | 0,31 | 0,58 | 0,004 | 0,02 | 0,91 | 0,22 | 0,32 | -0,06 | 0,79 |
| | | Р | -0,26 | 0,24 | 0,55 | 0,008 | 0,05 | 0,81 | 0,25 | 0,26 | -0,05 | 0,83 |
| | | И | -0,16 | 0,49 | 0,53 | 0,01 | 0,09 | 0,68 | 0,21 | 0,33 | -0,1 | 0,65 |
| | ПЗ | Н | -0,18 | 0,08 | 0,33 | 9E-04 | -0,02 | 0,98 | -0,02 | 0,81 | -0,14 | 0,17 |
| | | Р | -0,04 | 0,722 | 0,34 | 6E-04 | 0,12 | 0,21 | 0,1 | 0,32 | 0,04 | 0,7 |
| | | И | -0,01 | 0,9 | 0,2 | 0,04 | -0,01 | 0,94 | -0,06 | 0,54 | 0,01 | 0,86 |

При рассмотрении связей между выраженностью тех или иных форм копинг-поведения и структурой СЭВ в каждой отдельно взятой исследовательской группе было обнаружено, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД наиболее связанным с симптомами эмоционального выгорания является копинг, направ-

ленный на эмоции (таб. 3). Данный копинг-механизм выявил статистически значимые ($r \geq 0,224$; $p \leq 0,043$) корреляционные связи с выраженностью всех трех фаз СЭВ и с большинством его симптомов вне зависимости от степени нарушения барьера индивидуальной психологической защиты. Несмотря на то, что симп-

томы «загнанности в клетку», неадекватного избирательного эмоционального реагирования и эмоционального дефицита имели значимые корреляционные связи с активностью копинга, направленного на избегание и на отвлечение ($r \geq 0,169$; $p \leq 0,048$), копинг, направленный на эмоции, у представителей мужского гендера сотрудников ОВД, страдающих ПСЗ, являлся единственным видом преодолевающего поведения, достоверно связанным с активностью феномена СЭВ ($r \geq 0,329$; $p \leq 8E-05$). У сотрудников ОВД в состоянии парциальной психической дезадаптации кроме активации копинга, направленного на эмоции, по мере формирования СЭВ ($r \geq 0,224$; $p \leq 0,043$) отмечается редуцирование механизмов социального отвлечения, причем при развитии фазы напряжения ($r = -0,227$; $p = 0,04$).

Наиболее широко представлены связи между симптомами СЭВ и копинг-поведением у практически здоровых представителей мужского гендера сотрудников ОВД. В данном случае, кроме уже описанного активирования механизмов копинга, направленного на эмоции ($r \geq 0,225$; $p \leq 1E-06$), в рамках фаз напряжения и истощения происходит подавление копинг-механизмов, направленных на решение задач и на социальное отвлечение ($r \geq -0,092$; $p \leq 0,022$), а при формировании фазы резистенции, напротив, активируются механизмы копинга, направленного на отвлечение ($r \geq 0,374$; $p \leq 0,055$).

Следует особо отметить, что, хотя у практически здоровых респондентов основными симптомами СЭВ, при возникновении которых редуцировался копинг, направленный на решение задач, являлись переживание психотравмирующих обстоятельств и эмоционально-дефицитарная симптоматика («загнанность в клетку», расширение сферы экономии эмоций и эмоциональный дефицит), что частично было присуще и респондентам в состоянии ППД, у практически здоровых интегральные показатели фаз СЭВ были значимо связаны с редуциацией названных копинг-механизмов, чего у лиц в состоянии ППД не наблюдалось.

Особенности динамики использования копинга, направленного на эмоции, описанные для представителей мужского гендера сотрудников ОВД, полностью применимы к женщинам-сотрудницам, страдающим ПСЗ, и к практически здоровым. Вместе с тем, у практически здоровых женщин, в отличие от мужчин, у выраженности копинга, направленного на решение задач, отрицательная корреляция наблюдалась только в отношении выраженности фазы напряжения

($r = -0,224$; $p \leq 0,008$), а у лиц, составивших группу ППД женского гендера, копинг, направленный на эмоции, коррелировал только с выраженностью фазы истощения ($r \geq 0,437$; $p \leq 0,011$).

У представителей мужского гендера курсантов ВУЗа МВД, страдающих ПСЗ, ни одна из фаз СЭВ не имела статистически значимых корреляционных связей с показателями методики КПС ($r \leq 0,422$; $p \geq 0,057$), хотя отдельные симптомы всех трех фаз и были связаны с выраженностью копинга, направленного на эмоции и на решение задач.

Процессы эмоционального выгорания у курсантов-мужчин в состоянии ППД, а так же у составивших группу практически здоровых, характеризовались наличием статистически значимых корреляционных связей всех трех фаз СЭВ с выраженностью копинга, направленного на эмоции ($r \geq 0,272$; $p \leq 1E-06$), а у группы ПЗ, кроме того, фаза резистенции имела положительную корреляцию с активностью копинга, направленного на избегание и отвлечение ($r \geq 0,123$; $p \leq 0,038$), фаза напряжения – отрицательную корреляцию с копингом, направленным на решение задач и на социальное отвлечение ($r \geq 0,12$; $p \leq 0,048$).

Описанные взаимосвязи между выраженностью фаз СЭВ и активностью механизмов копинг-поведения у курсантов отличаются от тех характеристик, которые были получены при обследовании аналогичного гендера сотрудников ОВД, в основном, у лиц, страдающих ПСЗ. За исключением этой группы курсантов, для всех остальных копинг-механизмом, активирующимся в процессе нарастания явлений СЭВ, является именно копинг, направленный на эмоции. При этом, если у практически здоровых мужчин (как сотрудников ОВД, так и курсантов) с нарастанием по мере нарастания явлений эмоционального выгорания, активность копинга, направленного на решение задач, редуцируется, а копинг, направленный на отвлечение, наоборот, начинает использоваться более широко, то в состоянии ППД данные тенденции отсутствуют.

У представителей женского гендера курсантов ВУЗа МВД, как практически здоровых, так и у страдающих ПСЗ, аналогично, как и у женщин, и у мужчин-сотрудников ОВД, выраженность всех трех фаз СЭВ значимо коррелировала с активностью копинга, направленного на эмоции ($r \geq 0,204$; $p \leq 0,048$).

Кроме того, у практически здоровых женщин-курсанток, как и у представителей всех остальных обследованных контингентов (и мужчин-

курсантов, и сотрудников ОВД вне зависимости от гендерной принадлежности), копинг, направленный на решение задач, по мере нарастания проявлений СЭВ начал использоваться в меньшей степени. Полученные данные можно рассматривать в качестве свидетельства того, что использование копинга, направленного на эмоции и на решение задач не имеет выраженной гендерной специфичности у контингента практически здоровых лиц.

ВЫВОДЫ

На основе изложенного материала представляется возможным утверждать, что у представителей мужского гендера сотрудников ОВД механизмы копинг-поведения (в особенности – копинг, направленный на эмоции) задействованы в случае развития СЭВ значительно шире, чем у курсантов. В рамках процессов эмоционального выгорания особая роль принадлежит трем видам преодолевающего поведения: копингу, направленному на решение задач, на эмоции и на социальное отвлечение.

Вместе с тем, если у сотрудников ОВД, вне зависимости от гендерной принадлежности, наиболее конструктивный вариант копинга, направленный на решение задач, угнетается уже по мере развития фазы напряжения, то у курсантов это происходит только при развитии финальной фазы СЭВ – фазы истощения. В тех случаях, когда проявления синдрома эмоционального выгорания минимальны, механизмы копинг-поведения, напротив, гораздо более широко представлены у курсантов, хотя редуциация конструк-

тивного копинга при первых проявлениях фазы напряжения происходит, в данном случае, именно у них.

У «выгорающих» женщин-сотрудниц ОВД по мере развития фазы напряжения активируются только механизмы социального отвлечения, а копинг, направленный на решение задач, прекращает использоваться, как и у мужчин, уже в процессе развития фазы напряжения. У женщин-сотрудниц с минимальными проявлениями СЭВ, опять-таки, как и у сотрудников-мужчин, по мере нарастания проявлений эмоционального выгорания активируется копинг, направленный на эмоции, а копинг, направленный на решение задач, наоборот, редуцируется.

Характерно, что у «выгорающих» курсанток ВУЗов МВД в процессе развития фазы напряжения социальное отвлечение, наоборот, угнетается, а копинг, направленный на эмоции, активируется так же, как и у представителей мужского гендера и курсантов, и сотрудников ОВД.

За исключением группы курсантов, страдающих ПСЗ, для всех остальных копинг-механизмом, активирующимся в процессе нарастания явлений эмоционального выгорания, является копинг, направленный на эмоции. Именно взаимосвязи копинга, направленного на эмоции, равно как и копинга, направленного на решение задач с активностью процессов эмоционального выгорания не имеют гендерной специфичности, причем если первый по мере нарастания явлений СЭВ используется все более активно, то второй, наоборот, редуцируется.

В.Ю. Омелянович

ГЕНДЕРНІ ОСОБЛИВОСТІ ВПЛИВУ МЕХАНІЗМІВ КОПІНГ-ПОВЕДІНКИ НА РОЗВИТОК СИНДРОМУ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРЯННЯ У ПРАЦІВНИКІВ ОРГАНІВ ВНУТРІШНІХ СПРАВ

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького

В статті викладені результати аналізу взаємозв'язків між активністю функціонування механізмів копинг-поведінки та синдромом емоційного вигорання у працівників органів внутрішніх справ та курсантів ВНЗів МВС з порушеннями психічної адаптації та у практично здорових. Встановлені гендерні особливості даних взаємозв'язків. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 47-54).

V.Yu. Omelyanovich

GENDER PECULIARITIES OF COPING-BEHAVIOUR MECHANISMS EFFECT ON THE EMOTIONAL BURNOUT SYNDROME AMONG INTERNAL AFFAIRS BODY EMPLOYEES

Donetsk National Medical University by M. Gorky

The work presents analysis results as to the relationship between intensity of coping-behaviour and emotional burnout syndrome among internal affairs body employees and HEI/MIA's cadets with psychic adaptation abnormalities as well as among apparently healthy people. There have been defined gender peculiarities of the given relationship. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 47-54).

Литература

1. Зеер Э.Ф. Психология профессий: учебное пособие для вузов. М.: Академический проект. - 2003, 336 с.
2. Абдуллаева М.М. Профессиональная идентичность личности: психосемантический подход. // Психол. журн. - 2004; - №2 - С. 86-95.
3. Карманное руководство к МКБ-10: классификация психических и поведенческих расстройств (с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями) / Сост. Дж.Э.Купер; Под ред. Дж.Э.Купера – К.: Сфера, 2000. - С. 393.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Л.: Медицина - 1985.
5. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. / Н.А. Сирота - СПб., 1994.
6. Lazarus R. Psychological stress and the coping process / R.S. Lazarus - New York: McGraw-Hill, 1966.
7. Lazarus R. Stress, appraisal and coping / R. Lazarus, S. Folkman - New York, 1984.
8. Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С.Норман, Д.Ф.Эндлер, Д.А.Джеймс, М.И.Паркер; адаптированный вариант Т.А.Крюковой) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии. - 2002. - С.442-444.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «Бахрах», 1998 – С. 161 – 169.

Поступила в редакцию 16.09.2012

УДК 159.922:614.253-071-082.6

*О.О. Бородавко***ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛЬОВИХ ПОЗИЦІЙ ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ**

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: терапевтичний альянс, хворі на психічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес

В умовах реформування сучасної медицини, коли змінюється характер взаємин між лікарем і пацієнтом зростає потреба в оптимізації психологічних чинників лікувально-реабілітаційного процесу та організації нових форм допомоги хворим, що неможливо без належно сформованого терапевтичного альянсу [1-3].

В своїх дослідженнях ми розглядали терапевтичний альянс як складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на

ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [4]. Терапевтичний альянс характеризується складною структурою, його основними змістовними компонентами є рольові позиції лікаря (РПЛ) та пацієнта (РПП), які являють собою індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей [5].

Метою даної роботи було дослідження особливостей рольових позицій хворих на психічні розлади в процесі лікування та визначення психологічних чинників, що сприяють їх формуванню.

Матеріали і методи дослідження

Дослідження проводилось на базі ДУ «ІНПН НАМН України». Було обстежено 50 хворих на психічні розлади (ПР), які за МКХ-10 мали діагноз «Шизофренія» (F 20.00, F 20.01) – 30 осіб (60,00 %), «Шизотиповий розлад» (F 21.00) – 7 осіб (14,00 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» (F 33.1) – 8 осіб (16,00 %), «Рекурентний депресивний розлад помірного ступеня» (F 33.2) – 5 осіб (10,00 %). Серед них було 27 (54,00 %) чоловіків та 23 (46,00 %) жінки. Середній вік хворих становив $42,51 \pm 16,88$ роки.

В процесі дослідження використовувались наступні психодіагностичні методики: 1) для визначення особливостей взаємин з лікарем: «Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар – пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2011); 2) для дослідження особистісних та емо-

ційно-комунікативних характеристик пацієнтів: 16-факторний опитувальник Р. Кеттелла (16 PF) (форма С), методики «Тип ставлення до хвороби» (А. Є. Личко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Ювлев, 1987), «Рівень суб'єктивного контролю» (РСК) (Є. Ф. Бажин, Є. А. Голинкіна, О. М. Еткінд, 1984), «Діагностика рівня емпатійних здібностей» (В.В. Бойко, 1996), опитувальник для визначення копінг-стратегій (адаптація методики «WCQ» (Т. Л. Крюкова, Є. В. Куфтяк, 2007)), «Емоційний інтелект» (Д. В. Люсін, 2009), «Спрямованість особистості у спілкуванні» (С. - Л. Братченко, 1997). Статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм U-Манна-Уїтні, ц-Фішера; критерієм Тьюкі для множинних порівнянь пар середніх) та факторного аналізу (метод головних компонент з обертанням Varimax та нормалізацією за Кайзером). Обчислювання отриманих результатів проводилось за допомогою статистичного пакету SPSS 17.0 for Windows.

Результати дослідження та їх обговорення

На підставі аналізу літературних джерел та результатів власних досліджень ми припустили, що основними психологічними чинниками, які

сприяють встановленню рольових позицій хворих виступають їх особистісні та емоційно-комунікативні характеристики: особистісні риси,

рівень суб'єктивного контролю, копінг-стратегії, розвиненість емоційного інтелекту та емпатійного потенціалу, комунікативні установки, а також тип реагування на захворювання.

Результати комплексного психодіагностичного дослідження показали, що у хворих на психічні розлади домінують такі особистісні риси, як замкнутість (фактор А-) ($3,37 \pm 2,87$), сором'язливість (фактор Н-) ($3,01 \pm 2,47$), недовірливість (фактор L+) ($6,01 \pm 2,22$) у спілкуванні з оточуючими, тривожність (фактор О+) ($7,31 \pm 2,82$) і радикалізм (фактор Q1+) ($6,01 \pm 2,22$), а також низький рівень суб'єктивного контролю ($4,53 \pm 1,55$). Домінуючими стратегіями подолання в стресовій ситуації у них є «Пошук соціальної підтримки» ($76,00 \pm 8,44$) та «Втеча – Уникання» ($62,00 \pm 18,05$). Для хворих з ПР характерний низький рівень емоційного інтелекту («Міжособистісний емоційний інтелект» – $3,47 \pm 2,48$ та «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» – $4,52 \pm 2,89$) та емпатійних здібностей ($16,66 \pm 2,67$). Домінуючими комунікативними установками у них є конформна ($25,33 \pm 14,72$), індиферентна ($21,08 \pm 16,41$), маніпулятивна ($19,51 \pm 10,73$) та альтероцентристська ($18,08 \pm 14,51$). Також у даних пацієнтів відзначається досить високий рівень емоційного комфорту при спілкуванні з лікарем ($8,66 \pm 0,70$), готовності до співпраці з ним ($6,18 \pm 1,45$) та довіри до нього ($76,33 \pm 18,25$). При цьому, відповідальність за результати лікування вони покладають виключно на лікаря (відповідальність пацієнта – $4,33 \pm 1,80$, відповідальність лікаря – $7,66 \pm 3,01$). Домінуючими типами реагування на хворобу у пацієнтів з ПР є іпохондричний ($19,50 \pm 13,45$), меланхолічний ($15,37 \pm 10,05$) та сензитивний ($14,68 \pm 12,61$). Це відображає прояви психологічної дезадаптації та порушення соціального функціонування у зв'язку з хворобою у даних хворих.

Для визначення форм рольових позицій у хворих на ПР проводився факторний аналіз. Досліджувався взаємозв'язок між різними параметрами взаємин в діаді «лікар – хворий», особистісними особливостями пацієнтів, їх копінг-стратегіями, особливостями емоційного інтелекту, емпатійних здібностей, комунікативних установок. В результаті факторного аналізу було виділено 6 факторів, які в сумі пояснюють 89,16 % дисперсії.

Фактор 1 «Псевдопартнерство у взаєминах з лікарем» (24,47 % поясненої дисперсії) має два полюси. Перший полюс фактора складають такі параметри, як копінг-стратегії «Самоконтроль»

(0,95) та «Позитивна переоцінка» (0,45); емпатійні здібності (0,58); високий рівень суб'єктивного контролю (загальна інтернальність особистості (0,91), інтернальність в професійній сфері (0,90), інтернальність в міжособистісних відносинах (0,86)); альтероцентристська спрямованість у спілкуванні (0,67); анозогнозичний тип ставлення до хвороби (0,49); комунікабельність (фактор А (0,64)); соціальна активність (фактор Н (0,68)); радикалізм (фактор Q1 (0,78)); емоційний комфорт при спілкуванні з лікарем (0,83); довіра до медичного спеціаліста на підставі оцінки його професійної компетентності (0,50); суб'єктивна значущість взаємин з лікарем (0,44). Протилежний полюс фактора включає наступні параметри: конформна спрямованість у спілкуванні (-0,83); тривожність (фактор О (-0,61)); емоційна напруженість (фактор Q4 (-0,88)); висока оцінка тяжкості свого захворювання (-0,45); усвідомлення необхідності надання медичної допомоги (-0,55). Цей фактор описує так звану псевдопартнерську позицію пацієнтів, їх готовність до співробітництва з лікарем, що декларується, але не виконується в ході лікувального процесу. У даних хворих відзначається високий рівень суб'єктивного контролю, комунікабельність, соціальна активність, радикалізм у поєднанні з анозогнозичним типом ставлення до хвороби. Подібний результат може вказувати на зниження критики у цих пацієнтів.

Фактор 2 «Неадекватність» (20,05 % поясненої дисперсії) є біполярним. Один з полюсів фактора складають копінг-стратегії «Конфронтація» (0,49) та «Втеча – Уникання» (0,49); авторитарна спрямованість у спілкуванні з лікарем (0,47); тривожний (0,56), іпохондричний (0,84), неврастенічний (0,85), сензитивний (0,80), егоцентричний (0,86), паранояльний (0,96), дисфоричний (0,86) типи ставлення до хвороби; конвергентність спрямованості світогляду з лікарем (0,75). Протилежний полюс фактора складають такі параметри, як емпатійні здібності (-0,47); інтернальність в сфері здоров'я і хвороби (-0,68) та професійній сфері (-0,48); емоційна стійкість (фактор С (-0,54)); соціальна активність (фактор Н (-0,41)); дипломатичність (фактор N (-0,42)). Даний фактор описує поєднання суперечливих комунікативних стратегій пацієнтів та неадекватність особистісного реагування при взаємодії з лікарем.

Фактор 3 «Партнерство у взаєминах з лікарем» (16,47 % поясненої дисперсії) включає наступні параметри: копінг-стратегії «Планування вирішення проблеми» (0,82) та «Позитивна

переоцінка» (0,68); емоційний інтелект («Міжособистісний емоційний інтелект» (0,81), «Внутрішньоособистісний емоційний інтелект» (0,68)); емпатійні здібності (загальний рівень емпатії (0,69), фактор I (0,88)); інтернальність в сфері невдач (0,65); ергопатичний тип ставлення до хвороби (0,87); схильність до фантазування (фактор M (0,72)); дипломатичність (фактор N (0,42)); високий самоконтроль (фактор Q3 (0,58)); готовність розуміти позицію лікаря (0,66); готовність до співробітництва з лікарем (0,43); відповідальність за результат лікування (0,46); конгруентність (0,66); конвергентність спрямованості світогляду з лікарем (0,57); сприйняття медичного спеціаліста, як психологічно близької людини (0,49). Даний фактор відображає діалогічні, партнерські взаємини пацієнтів з лікарем.

Фактор 4 «Міжособистісна залежність/ функціональне співробітництво у взаєминах з лікарем» (12,63 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора складають параметри: копінг-стратегія «Втеча – Уникання» (0,56); емпатійні здібності («Інтуїтивний канал емпатії» (0,48), «Здатність створювати атмосферу відвертості» (0,47), загальний рівень емпатії (0,52)); експресивність (фактор F (0,50)); «Відповідальність лікаря» (0,50); обізнаність щодо професійних та особистісних якостей лікаря (0,74); висока оцінка його професійної компетентності (0,91); позитивне емоційне ставлення до нього (0,96); довіра до медичного спеціаліста на підставі оцінки його професійної компетентності (0,42) та емоційного ставлення до нього (0,86). Протилежний полюс фактора включає наступні параметри: індиферентна спрямованість у спілкуванні з лікарем (-0,70); висока нормативність поведінки (фактор G (-0,55)). Даний фактор описує варіант міжособистісної залежності пацієнтів у взаєминах з медичним спеціалістом.

Фактор 5 «Міжособистісна залежність/ дистанціювання у взаєминах з лікарем» (10,86 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора містить такі параметри, як тривожний (0,64) та сенситивний (0,41) типи ставлення до хвороби; товариськість (фактор A (0,60)) та експресивність (фактор F (0,48)) при спілкуванні; довіра до лікаря на підставі обізнаності щодо його професійних та особистісних якостей (0,48) і рольових очікувань (0,59); висока оцінка тяжкості свого захворювання (0,66); усвідомлення необхідності медичної допомоги (0,43). Протилежний полюс складають параметри:

копінг-стратегії «Дистанціювання» (-0,63) та «Втеча – Уникання» (-0,52); конформна спрямованість у спілкуванні (-0,45); меланхолічний (-0,80) та апатичний (-0,66) типи ставлення до хвороби. Цей фактор, як і попередній, характеризує варіант міжособистісної залежності хворих при взаємодії з лікарем, проте, на відміну від нього, зворотнім полюсом залежності в даному випадку є не функціональне співробітництво, а дистанціювання, ухилення від контакту, пасивність, конформність у взаєминах з медичним спеціалістом.

Фактор 6 «Міжособистісна залежність/контрзалежність у взаєминах з лікарем» (4,67 % поясненої дисперсії) має два полюси. Один з полюсів фактора включає такі параметри, як авторитарна спрямованість у спілкуванні (0,43); соціальна активність (фактор H (0,41)); рольові очікування при взаємодії з лікарем (0,42). Протилежний полюс складають емпатійні здібності («Емоційний канал емпатії» (-0,88), «Інтуїтивний канал емпатії» (-0,75)); тривожність (фактор O (-0,47)) та сприйняття лікаря, як психологічно близької людини (-0,64). Цей фактор, також як фактори 4 і 5 описує варіант міжособистісної залежності пацієнтів при спілкуванні з медичним спеціалістом. В даному випадку протилежним полюсом залежності поведінки хворих є контрзалежність, що проявляється у їх схильності до домінування впродовж взаємодії з лікарем.

Отже, на підставі результатів проведених досліджень та даних факторного аналізу можна виділити такі форми рольових позицій хворих на психічні розлади, як «Партнерство», «Функціональне співробітництво», «Міжособистісна залежність», «Псевдопартнерство», «Дистанціювання» та «Неадекватність». «Партнерство» є найбільш конструктивною позицією, яка передбачає прояв «конгруентної емпатії» з боку пацієнта до лікаря, його спрямованість на співробітництво, здатність створювати довірчі взаємини та розмежовувати власну відповідальність і відповідальність медичного спеціаліста за результат лікування. «Функціональне співробітництво» передбачає нейтральне емоційне ставлення до лікаря, схильність пацієнтів до формування «функціонально-ділових» взаємин з ним. «Міжособистісна залежність» характеризується високою потребою пацієнтів в емоційній підтримці з боку медичного спеціаліста, зменшенні психологічної дистанції у взаєминах з ним, низьким рівнем їх відповідальності за результат лікування. «Псевдопартнерство» відображає готовність хворих до співробітництва з

лікарем, що декларується, але не виконується під час лікувального процесу. «Дистанціювання» характеризує ухилення хворих від контакту з лікарем, пасивну позицію під час взаємодії з ним. «Неадекватність» відображає амбівалентність, неадекватність особистісного реагування та комунікативних стратегій пацієнтів при спілкуванні з медичним спеціалістом.

Для дослідження представленості даних форм рольових позицій у пацієнтів з ПР було визначено оцінки відповідних факторів для кожного респондента та виявлено групи хворих, які мають найбільш високі показники за тим чи іншим фактором (високими вважались оцінки, що перевищували середній показник плюс S стандартного відхилення від нього). У випадку, коли високі оцінки спостерігались за декількома факторами діагностувалась змішана форма рольових позицій.

За даними дослідження, у хворих на ПР найбільш часто відзначається змішана форма рольових позицій (20,83 %), псевдопартнерство (16,76 %) та неадекватність (16,76 %). У 12,50 % пацієнтів діагностувались такі форми РПП, як міжособистісна залежність, функціональне співробітництво та дистанціювання. Партнерська позиція відзначалась лише у 8,33 % пацієнтів. У хворих на шизофренію, на відміну від пацієнтів з депресією, більше виражені риси функціонального співробітництва ($6,67 \pm 1,48$ та $4,38 \pm 1,58$ відповідно, $p < 0,05$), псевдопартнерства ($10,66 \pm 2,67$ та $5,33 \pm 1,56$ відповідно, $p < 0,01$) та неадекватності ($8,89 \pm 2,74$ та $6,32 \pm 1,04$ відповідно, $p < 0,05$) при взаємодії з лікарем. Для хворих на депресію більше, ніж для пацієнтів з шизофренією, характерне дистанціювання у взаєминах з медичним спеціалістом ($10,33 \pm 2,18$ та $5,83 \pm 1,14$ відповідно, $p < 0,01$). Зі збільшенням тривалості захворювання та кількості госпіталізацій у пацієнтів з ПР спостерігається зменшення представленості функціонального співробітництва при взаємодії з лікарем ($5,05 \pm 1,67$ та $4,04 \pm 1,17$ відповідно, $p < 0,05$; $5,45 \pm 1,66$ та $4,10 \pm 1,12$ відповідно, $p < 0,05$) та збільшення рис неадекватності ($7,33 \pm 1,75$ та $9,55 \pm 2,62$ відповідно, $p < 0,05$; $7,33 \pm 1,75$ та $9,85 \pm 2,51$ відповідно, $p < 0,05$) і дистанціювання ($5,48 \pm 1,85$ та $8,78 \pm 1,43$ відповідно, $p < 0,05$; $5,41 \pm 1,66$ та $8,89 \pm 1,45$ відповідно, $p < 0,05$). З віком у них зростає питома вага рис неадекватності ($7,78 \pm 1,66$ та $10,87 \pm 2,73$ відповідно, $p < 0,05$) та дистанціювання ($5,34 \pm 1,91$ та $8,93 \pm 2,13$ відповідно, $p < 0,05$) та зменшується представленість партнерської позиції ($5,18 \pm 1,63$

та $3,74 \pm 1,23$, $p < 0,05$), функціонального співробітництва ($5,23 \pm 1,65$ та $3,95 \pm 1,56$ відповідно, $p < 0,05$) та псевдопартнерства ($11,45 \pm 2,41$ та $5,79 \pm 2,45$ відповідно, $p < 0,05$). Чоловіки, порівняно з жінками, більше схильні до псевдопартнерства ($11,01 \pm 2,45$ та $8,09 \pm 2,11$ відповідно, $p < 0,05$) і менше – до міжособистісної залежності у взаєминах з лікарем ($4,32 \pm 1,24$ та $5,88 \pm 1,72$ відповідно, $p < 0,05$).

Таким чином, визначено основні форми рольових позицій хворих на психічні розлади під час лікувального процесу, а саме – партнерство, функціональне співробітництво, міжособистісна залежність, псевдопартнерство, дистанціювання, неадекватність та змішана форма. Досліджено основні психологічні чинники, значущі для їх встановлення: особистісні особливості, специфіка комунікативних установок і копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту, емпатійних здібностей та тип ставлення до хвороби. Формуванню партнерської позиції хворих на ПР сприяє емоційна стійкість, високий рівень суб'єктивного контролю, широкий діапазон конструктивних копінг-стратегій. Ускладнюють її встановлення деструктивні копінг-стратегії, дезадаптивні типи особистісного реагування на хворобу, високий рівень тривожності, зниження рівня когнітивної продуктивності. Формування функціонального співробітництва пацієнтів поєднується з високою нормативністю їх поведінки та індивідуальною спрямованістю у спілкуванні. Ускладнюють встановлення даної позиції емоційна лабільність хворих, ідеалізація лікаря, деструктивні копінг-стратегії. Формуванню міжособистісної залежності пацієнтів сприяє емоційна лабільність, низький рівень суб'єктивного контролю, високий рівень довіри до лікаря, сензитивний тип ставлення до хвороби. Ускладнюють її встановлення низька емоційна чуйність та висока нормативність поведінки хворих. Формуванню псевдопартнерської позиції хворих сприяє комунікабельність пацієнтів, емоційна стійкість, радикалізм, високий рівень суб'єктивного контролю у поєднанні зі зниженням критики до свого стану. Ускладнює встановлення даної позиції замкнутість хворих, низький рівень суб'єктивного контролю, критичність до свого стану. Формуванню дистантної позиції пацієнтів при взаємодії з лікарем сприяє їх замкнутість емоційна стриманість, конформна спрямованість у спілкуванні, меланхолічний та апатичний тип ставлення до хвороби. Ускладнює встановлення даної рольової позиції товариськість хворих, тривожний та сензитивний тип

ставлення до хвороби. Формування неадекватної ролівої позиції пацієнтів поєднується з амбівалентністю, неадекватністю їх особистісного реагування та комунікативних стратегій, деструктивними копінг-стратегіями, дезадаптивними формами реагування на захворювання. Ускладнюють її встановлення емоційна стійкість,

високий рівень суб'єктивного контролю хворих, критичність до свого стану.

Отримані результати можуть бути використані для розробки психокорекційних та психосвітніх заходів для хворих на психічні розлади, спрямованих на оптимізацію їх терапевтичного альянсу з лікарем.

О. А. Бородавко

ИССЛЕДОВАНИЕ РОЛЕВЫХ ПОЗИЦИЙ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

В статье представлены результаты исследования особенностей формирования ролевых позиций больных с психическими расстройствами в процессе лечения. Выявлены их основные типы, а именно – партнерство, функциональное сотрудничество, межличностная зависимость, псевдопартнерство, дистанцирование, неадекватность и смешанная форма. Определена связь между формами ролевых позиций, личностными и эмоционально-коммуникативными характеристиками пациентов. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 55-59).

O. Borodavko

STUDY OF ROLE POSITIONS OF PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS

Public Institution «Institute Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine»

The results of studies of the formation of role positions of patients with mental disorders in the treatment process. Were revealed their main types - namely, partnership, functional cooperation, interpersonal relationship, unreal partnerships, distancing, inadequacy and a mixed form. Determination the connection between forms of role positions, personal, emotional and communicative characteristics of the patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 55-59).

Література

1. Абрамов В. А. Об интегративном подходе к разработке концепции шизофрении и психосоциальной реабилитации больных / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, А. В. Абрамов, И. В. Жигулина // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2009. – № 1 (21). – С. 3-12.
2. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д.Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
3. Ташлыков В. А. Психология лечебного процесса / В. А. Ташлыков. – Л. : Медицина, 1984. – 192 с.

4. Шестопалова Л. Ф. Типологічні особливості терапевтичного альянсу між лікарем і хворим у закладі психоневрологічного профілю / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Арпохова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – № 2 (27). – С. 8-12.
5. Шестопалова Л. Ф. Типологічні особливості ролевих позицій лікарів в умовах сучасного лікувального процесу / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Том 20, вип. 2 (71). – С. 117 – 120.

Поступила в редакцию 21.09.2012

УДК 616.8-009.836:616.3]-085

Г.Г. Пуятин, Е.А. Кокотова, Т.Ю. Денисова, А.А. Бойченко, Н.И. Кириченко***ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ НАРУШЕНИЙ СНА У БОЛЬНЫХ С
ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, *ГБ № 5 г.Донецк

Ключевые слова: лечение инсомнии, гастроэнтерологическая патология

Сон является важнейшим регулятором функции органов и систем организма, его взаимоотношений с внешней средой, поэтому расстройства сна негативно отражаются на здоровье человека. Бессонница (инсомния) определяется как повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся, несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна, и сопровождающиеся нарушениями дневной деятельности различного вида. Более широкое определение инсомнии - расстройство сна, проявляющееся нарушением засыпания, прерывистым поверхностным сном и/или преждевременным пробуждением. В МКБ-10 под инсомнией, гиперсомнией и нарушениями ритма сна совокупно подразумеваются первично психогенные состояния с эмоционально обусловленным нарушением качества, длительности или ритма сна. В DSM-IV инсомния определяется, как дефицит качества и количества ночного сна, необходимого для нормальной дневной деятельности.

По этиопатогенетическому фактору выделяют следующие категории инсомний: бессонница, связанная с психологическими проблемами; бессонница, вызванная медицинскими проблемами; бессонница, обусловленная образом жизни; бессонница из-за неправильной гигиены сна; наследственная бессонница.

Диагностика нарушений сна строится на констатации наличия постоянно (более месяца) или периодически (более трех месяцев) трех или более из представленных признаков: требуется более 30 минут, чтобы заснуть, всю ночь в голову «лезут мысли», страх перед невозможностью заснуть, частые пробуждения в течение ночи, ранние пробуждения и невозможность повторного засыпания, сниженный фон настроения и депрессия, немотивированная тревога, страх [1].

Около 14% больных, обратившихся за помощью в соматический стационар, страдают вы-

раженными нарушениями сна, требующими медикаментозной коррекции. С нарушениями сна связано наибольшее число жалоб при любых заболеваниях. Эти расстройства лидируют по распространенности (до 50% населения), влиянию на жизнедеятельность, экономическим и временным потерям. В большинстве случаев инсомния вторична по отношению к основному заболеванию, психическому или соматическому, поэтому считается, что до 80% всех проблем сна составляют неорганические причины, в том числе, психогенно обусловленные [2, 3].

По причинам возникновения и обусловленности выделяют первичные и вторичные нарушения сна. К первичным относят ночной миоклонус, ночное беспокойство ног и ночное апноэ (с задержкой дыхания во сне и последующим пробуждением). Вторичные нарушения сна обусловлены соматическими заболеваниями, неврологическими поражениями, психическими расстройствами, когда инсомния является симптомом этих заболеваний.

По длительности течения выделяют эпизодические, кратковременные и хронические инсомнии. Эпизодическая инсомния (длительность до одной недели) – чаще всего следствие эмоционального стресса, чрезвычайных ситуаций, десинхроноза, реакций личности на соматические заболевания. Иногда эпизодические нарушения сна возникают из-за внешних раздражителей при наличии повышенной чувствительности к ним (например, при шуме, свете, повышении или снижении комнатной температуры). Инсомния может быть связана с отсутствием нормального режима дня, неправильным применением медикаментозных препаратов в вечернее и ночное время. Кратковременная инсомния (длительность от одной до трех недель) наиболее часто возникает при расстройствах адаптации и является следствием тяжелых продолжительных стрессовых ситуаций: потеря близкого человека (реакция горя), безработица, перемена места

жительств, связанная с проблемами беженцев и переселенцев. В соматической практике кратковременная инсомния нередко определяется хроническими соматическими заболеваниями, такими как заболевания сердечно-сосудистой системы, гастроэнтерологическая патология, неврологические заболевания, хронический болевой синдром.

При значительном прогрессе, достигнутым в установлении этиопатогенетических особенностей расстройств желудочно-кишечного тракта, вклад психических детерминант в формирование, тяжесть течения и эффективность терапии остается мало исследованным [4]. В тоже время, патология органов пищеварения сопряжена с высокой частотой коморбидных психических расстройств невротического характера. Так, например, по данным разных авторов в популяции пациентов с синдромом раздраженного кишечника (СРК) распространенность депрессивных состояний, сопровождающихся разнообразными по феноменологии тревожными расстройствами, достигает 60-70% [5]. Ситуация осложняется и тем, что такие расстройства в большинстве своем носят стертый характер и своевременно не распознаются [6]. Как депрессия, так и тревога в своей клинической структуре нередко сопровождаются инсомнией, которая усугубляет субъективную оценку тяжести соматического состояния, способствует фиксации патологического аффекта, развитию социально-психологической дезадаптации и снижению качества жизни пациентов [6, 7]. Кроме того, с инсомнией при соматических заболеваниях сталкиваются в основном врачи общей практики, которые, помимо диагностических сложностей, испытывают значительные трудности со своевременным и адекватным назначением психотропных препаратов [7].

Цель настоящего исследования – определение связи нарушений сна у больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта с уровнем невротизации и наличием тревоги и депрессии, а также и разработка эффективных методов коррекции инсомнии.

Материал и методы. Работа проводилась в 2 этапа. На первом этапе осуществляли скрининг больных с заболеваниями желудочно-кишечного тракта и нарушениями сна с формированием списка пациентов. Данный список составили 59 пациентов с диагнозами: язвенная болезнь желудка (15 чел.), гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (15 чел.), хронический

гастроэзофагит (15 чел.), хронический энтероколит (14 чел.) в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 при отсутствии клинически значимой сопутствующей патологии внутренних органов, которые страдали эпизодической (28 чел.) или кратковременной (31 чел.) инсомнией. На последующем этапе (открытое, рандомизированное, сравнительное исследование в параллельных группах, проведенное в соответствии с требованиями Хельсинкской декларации) из 59 больных, занесенных в список исследования в порядке поступления, каждый третий пациент (до общего количества 21 человек) был рандомизирован в группу базисной терапии с включением внутримышечных инъекций эглонила 2,0 на ночь (группа 1). Остальные 38 больных были разделены случайным методом на две подгруппы по 19 человек, больные группы 2 получали базисную терапию в сочетании со снотворными препаратами (сонован 7.5 мг на ночь), больные группы 3 – базисную терапию с включением эглонила по 50 мг 3 раза в день. Сравнили клиническую эффективность 10-дневного курса стационарного лечения базисной терапией в сочетании с внутримышечными инъекциями эглонила (группа 1) против базисной терапии с включением снотворных препаратов (группа 2) и базисной терапии с включением трехразового приема таблеток эглонила (группа 3). Характеристика групп после рандомизации представлена в таблице 1.

Базисная терапия проводилась в режиме синдромиориентированного лечения. Препараты базисной терапии назначались в стандартном режиме в среднетерапевтических дозировках.

Патопсихологическое исследование всех больных предусматривало использование диагностической шкалы HADS для определения наличия депрессивной и тревожной симптоматики, использование шкалы психологической экспресс-диагностики уровня невротизации (УН). Качество сна оценивалось с помощью Лидского опросника для оценки сна (Даниленко К.В., 2010).

Анализ всех исследуемых показателей проводили с использованием пакета прикладных программ MedStat [8]. Различия между группами считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

На рисунке 1 представлена диаграмма динамики расстройств сна у больных, получавших на фоне базовой терапии инъекции эглонила на ночь.

Общая характеристика групп пациентов

| | Все больные (n=59) | Группа 1 (n=21) | Группа 2 (n=19) | Группа 3 (n=19) |
|--|-----------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Средний возраст | 35,2±0,67 | 36,4±0,73 | 34,3±0,58 | 35,8±0,63 |
| Пол: | | | | |
| мужчины | 27 (45,8%) | 10 (47,6%) | 9 (47,4%) | 8 (42,1%) |
| женщины | 32 (54,2%) | 11 (52,4%) | 10 (52,6%) | 11 (57,9%) |
| Диагнозы: | | | | |
| язвенная болезнь желудка | 15 (25,4%) | 5 (23,8%) | 4 (21,1%) | 5 (26,3%) |
| гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь | 15 (25,4%) | 6 (28,6%) | 4 (21,1%) | 4 (21,1%) |
| хронический гастродуоденит | 15 (25,4%) | 5 (23,8%) | 5 (26,3%) | 5 (26,3%) |
| хронический энтероколит | 14 (23,7%) | 5 (23,8%) | 6 (31,5%) | 5 (26,3%) |
| Длительность заболевания (годы) | 6,4±0,57 | 7,3±0,38 | 4,6±0,21 | 5,4±0,72 |
| Длительность инсомнии (дни) | 10,5±0,78 | 10,8±0,54 | 11,6±0,19 | 9,4±0,53 |

Пациенты, получавшие на ночь эглонил в форме инъекций, буквально со второго дня отмечали улучшение качественных и количественных параметров сна, особенно засыпания и качества сна на протяжении ночи. Улучшение состояния при пробуждении отмечалось примерно к 4-му дню

терапии, что, по-видимому, являлось следствием достаточно длительного недосыпания до начала лечения. При этом препарат практически не вызывал заторможенности и сонливости в дневные часы и не оказывал влияния на координацию и поддержание равновесия после пробуждения.

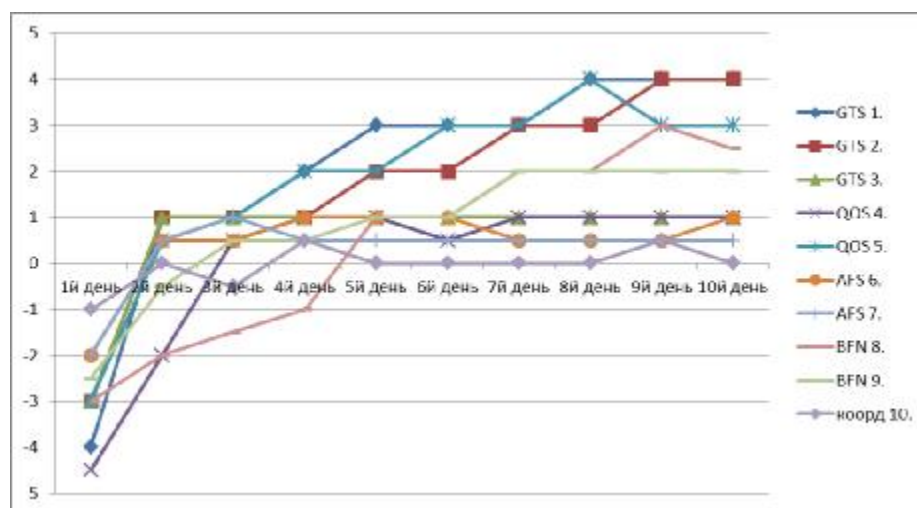


Рис. 1. Динамика расстройств сна больных группы 1 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

На рисунке 2 представлена динамика нарушений сна у пациентов, получавших снотворные препараты в сочетании с сонованом.

Больные второй группы, получавшие на фоне базовой терапии снотворные препараты, также от-

мечали облегчение засыпания и углубление ночного сна с первых дней лечения. В то же время на протяжении лечения сохранялось более или менее выраженное чувство разбитости после пробуждения. Практически все больные данной груп-

пы испытывали трудности при пробуждении, им требовалось больше, чем обычно, времени на то, чтобы окончательно проснуться, при этом данные проявления несколько усугублялись по мере продолжения лечения (начиная примерно с 6го дня). Состояние разбитости у основной массы

больных сохранялось и в течение дня, при этом у большинства пациентов отмечались незначительные затруднения в поддержании равновесия и координации движений при пробуждении, что не мешало им сохранять привычный для себя режим активности на протяжении курса лечения.

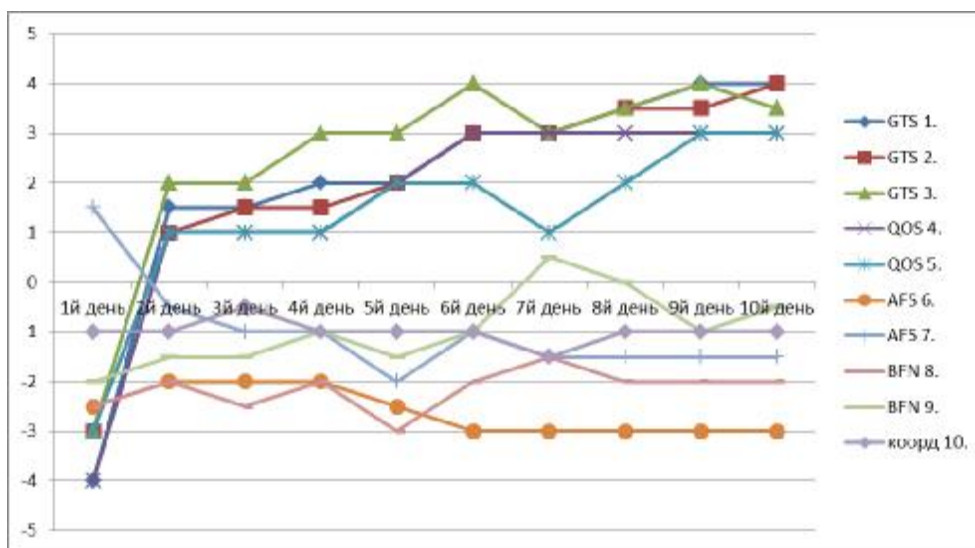


Рис. 2. Динамика расстройств сна больных группы 2 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

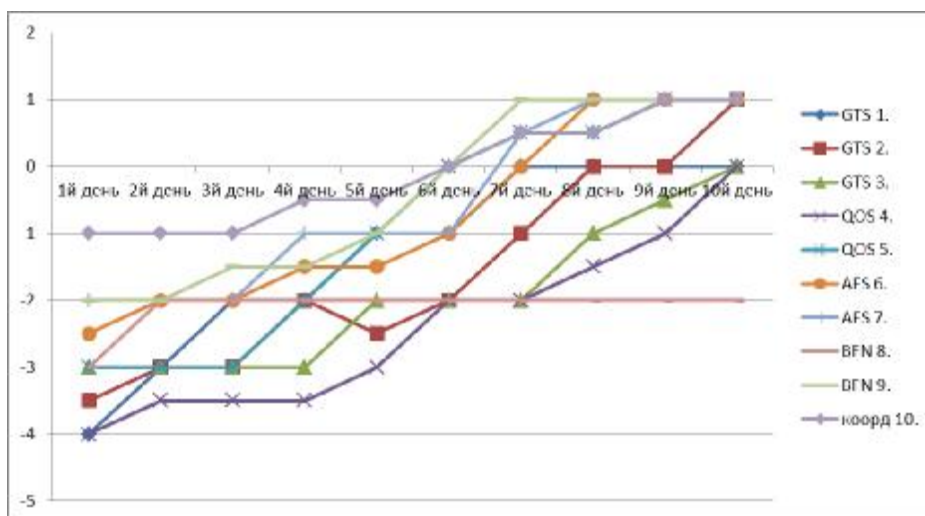


Рис. 3. Динамика расстройств сна больных группы 3 в процессе терапии

Примечание: GTS – засыпание, GTS1 – трудности засыпания, GTS2 – продолжительность засыпания, GTS3 – ощущение сонливости при засыпании, QOS – качество сна, QOS4 – выраженность беспокойного сна, QOS5 – количество пробуждений, AFS – пробуждение, AFS6 – трудности пробуждения, AFS7 – продолжительность пробуждения, BFN – состояние после пробуждения, BFN8 – бодрость при пробуждении, BFN9 – бодрость на момент обследования, коорд 10 – координация и поддержание равновесия после пробуждения.

На рисунке 3 представлена диаграмма расстройств сна у больных, в базовую схему лечения которых был включен трехкратный прием таблеток эглонила.

У больных, получавших эглонил в таблетированной форме, также отмечалось улучшение харак-

теристик сна, однако в более медленном темпе (с 4го по 7й день). Большинство пациентов на протяжении первой недели лечения испытывали более или менее выраженные трудности при засыпании, отмечая при этом отсутствие тревожного ожидания бессонницы и более спокойное эмоциональное со-

стояние при отходе ко сну. Несмотря на относительно неглубокий сон на протяжении ночи, пациенты не испытывали особого дискомфорта, оставаясь в постели и быстро погружаясь в сон даже при частых пробуждениях. Утренняя разбитость и некоторое нарушение координации движений при пробуждении были связаны, по-видимому, не с побочным действием эглонила, а с недостаточностью ночного сна. При этом пациенты оставались относительно бодрыми в течение дня, у них быстро нивелировались переживания по поводу наличия и тяжести желудочно-кишечной патологии, уменьшались тревожность и ожидание бессонницы.

Таким образом, использование эглонила в инъекционной и таблетированной форме продемонстрировало сопоставимый с назначением снотворных препаратов эффект улучшения всех параметров сна,

включая засыпание, качество и продолжительность ночного сна, качество пробуждения, при этом в утренние часы больные не испытывали заторможенности и нарушения координации движений. В сравнении с трехкратным использованием таблеток эглонила, инъекции препарата позволяли получить более глубокий сон на протяжении ночи.

Сульпирид (эглонил) известен как нейролептик, обладающий анксиолитической, антидепрессивной, антиипохондрической активностью. Поэтому в проведенном исследовании была предпринята попытка изучения уровней депрессии и тревоги на фоне лечения инсомнии у больных с гастроэнтерологической патологией указанными препаратами, а также уровня невротизации у обследованного контингента пациентов (таблицы 2 и 3 соответственно).

Таблица 2

Уровень депрессии и тревоги в сравниваемых группах до и после лечения

| | Группа 1 | | Группа 2 | | Группа 3 | |
|-----------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Депрессия | 9,16±0,24 | 6,43±0,52* | 8,75±0,32 | 8,15±0,26 | 9,25±0,52 | 7,92±0,72* |
| Тревога | 10,27±0,39 | 7,21±0,45* | 9,26±0,44 | 8,57±0,72 | 9,84±0,24 | 7,23±0,36* |

Примечание: различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Пациенты сравниваемых групп были сопоставимы по выраженности депрессии перед началом лечения (9,46±0,24 в группе 1, 8,75±0,32 в группе 2 и 9,25±0,52 в группе 3), не обнаруживая статистически значимых различий в уровне депрессивной симптоматики. После 10-тидневного курса терапии эглонилом наблюдалась редукция выраженности симптомов депрессии у пациентов 1й и 3й групп (различия статистически достоверны, $p < 0,05$), причем более выраженным улучшение было в группе пациентов, получавших эглонил в инъекционной форме на ночь. Данная ситуация может быть объяснена тем, что депрессивные симптомы у обследованных больных с гастроэнтерологической патологией были вторичными, обусловленными множеством соматических жалоб и нарушениями сна. По мере

восстановления формулы сна редуцировались подавленное настроение, ангедония, психомоторная заторможенность, восстанавливался уровень энергии.

Аналогичная ситуация прослеживалась в отношении тревожной симптоматики у больных сравниваемых групп. Несмотря на некоторое снижение уровня тревожности у пациентов, получавших на фоне базисной терапии снотворные препараты, различия в выраженности тревожной симптоматики до и после лечения не были статистически достоверными. Больные, получавшие эглонил и в качестве препарата, воздействующего на качество сна (группа 1), и в качестве противотревожного антидепрессанта (группа 3), отличались статистически достоверным снижением уровня симптомов тревоги.

Таблица 3

Распределение больных сравниваемых групп по уровню невротизации до и после лечения

| | Группа 1 | | Группа 2 | | Группа 3 | |
|----------------|------------|---------------|------------|---------------|------------|---------------|
| | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения | До лечения | После лечения |
| Очень высокий | 5 (23,8%) | 2 (9,5%) | 4 (21,05%) | 3 (15,8%) | 3 (15,8%) | 2 (10,5%) |
| Высокий | 4 (19,1%) | 2 (9,5%) | 4 (21,05%) | 5 (26,3%) | 3 (15,8%) | 1 (5,26%) |
| Повышенный | 3 (14,3%) | 2 (9,5%) | 4 (21,05%) | 3 (15,8%) | 4 (21,2%) | 1 (5,26%)* |
| Неопределенный | 5 (23,8%) | 8 (38,1%)* | 3 (15,8%) | 4 (21,2%) | 1 (5,26%) | 5 (26,3%)* |
| Пониженный | 1 (4,8%) | 4 (19,1%)* | 2 (10,5%) | 1 (5,26%) | 3 (15,8%) | 4 (21,2%) |
| Низкий | 2 (9,5%) | 2 (9,5%) | 1 (5,26%) | 2 (10,5%) | 2 (10,5%) | 3 (15,8%) |
| Очень низкий | 1 (4,8%) | 1 (4,8%) | 1 (5,26%) | 1 (5,26%) | 3 (15,8%) | 3 (15,8%) |

Примечание: различия между группами статистически достоверны, $p < 0,05$.

Пациенты всех групп вне зависимости от гендерной принадлежности до начала лечения отличались склонностью к повышению уровня невротизации, что клинически проявлялось большей или меньшей степенью выраженности эмоциональной возбудимости, провоцирующей тревожность, напряженность, беспокойство, растерянность, раздражительность. У больных отмечалась ипохондрическая фиксация на неприятных соматических ощущениях, тревожное ожидание очередной бессонной ночи, повышенная сосредоточенность на переживаниях своих внутри- и межличностных проблем. У больных с очень высоким и высоким уровнем невротизации (9 пациентов группы 1 (42,9%), 8 – группы 2 (42,1%), 6 – группы 3 (31,6%)) имели место элементы дезадаптированности в общесоциальном плане как в силу таких личностных характеристик как социальная робость и зависимость, так и вследствие избыточной сосредоточенности на болезненных симптомах, включая бессоницу.

На фоне проведенного лечения во всех группах пациентов отмечалась положительная динамика уровня невротизации, что указывает на наличие порочного круга в отношении инсомнии: симптом бессоницы у больных с гастроэнтерологической патологией провоцируется повышенным уровнем невротизации и усугубляет выраженность последней. Однако статис-

тически достоверным ($p < 0,05$) снижение уровня невротизации до неопределенного и пониженного было в группе пациентов, получавших на ночь инъекции эглонила (8 (38,1%) и 4 (19,1%) пациента соответственно) и до неопределенного в группе больных, получавших эглонил в таблетках три раза в день (5 пациентов - 26,3%). По мере снижения уровня невротизации больные отмечали преобладание спокойствия и оптимизма в различных социальных ситуациях, в том числе, и в отношении оценки соматического заболевания, снижение эмоциональной возбудимости, облегчение в установлении социальных контактов.

Таким образом, использование эглонила для коррекции нарушений сна, в отличие от снотворных препаратов, позволяло достичь двойного эффекта: улучшения качественных и количественных характеристик сна, а также снижения уровня невротизации и уменьшения выраженности депрессивных и тревожных проявлений у больных с патологией желудочно-кишечного тракта. Проведенное исследование показало преимущества назначения сульпирида (эглонила) в форме внутримышечных инъекций как для более быстрого достижения снотворного эффекта, так и для облегчения тревожно-депрессивной симптоматики, провоцирующей и усугубляющей клинические проявления основного соматического заболевания.

Г.Г. Пуятин, О.О. Кокотова, Т.Ю. Денисова, О.О. Бойченко, Н.И. Кириченко*

ОСОБЛИВОСТІ ТЕРАПІЇ ПОРУШЕНЬ СНА У ХВОРИХ ІЗ ГАСТРОЕНТЕРОЛОГІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, *МЛ № 5 м.Донецьк

У статті представлено результати порівняльного дослідження хворих на гастроентерологічну патологію із порушеннями сна, що отримували поряд із базовою терапією для корекції сна внутрішньом'язові ін'єкції сульпірида (еглоніла), снодійні засоби (сонован) або еглоніл у таблетках тричі на день. Використання еглонілу продемонструвало порівнянний із снодійними засобами вплив на якісні та кількісні показники сну із меншими негативними наслідками при пробудженні. Показано переваги використання ін'єкцій еглонілу як для більш швидкого досягнення снодійного ефекту, так і для полегшення тривожно депресивної симптоматики, що провокує та посилює клінічні прояви основного соматичного захворювання. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 60-66).

G.G. Putyatin, O.O. Kokotova, T.Y. Denisova, O.O. Boichenko, N.I. Kirichenko*

PECULIARITIES OF THE SLEEPING THERAPY IN PATIENTS WITH GASTROENTEROLOGICAL PATHOLOGY

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy, *City hospital № 5 Donetsk

The article presents the results of the comparative study of patients with gastroenterological pathology and sleeping disturbances that got along with basic therapy for sleeping correction intramuscular injection of sulpirid (eglonil), hypnotics medications (sonovan) or eglonil in tablets three times per day. The use of eglonil demonstrated comparable with sleeping pills by the effect on the qualitative and quantitative indicators of sleep with fewer negative consequences at awakening. The advantages of using injectable eglonil are shown that help to achieve a more rapid sleeping effect, and for relief of anxious and depressive symptoms that provoke and exacerbate the clinical manifestations of underlying somatic disease. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 60-66).

Литература

1. Вейн А.М. Медицина сна: проблемы и перспективы // Сборник клинических лекций «Медицина сна: новые возможности терапии» / Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2002. Прил. – С. 3 – 16.
2. Полуэктов М.Г., Левин Я.И. Расстройства сна и их лечение / М.Г. Полуэктов, Я.И. Левин // Журн. неврол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2010. – № 9. – С. 70-75.
3. Расстройства сна в клинике внутренних болезней / Д. Каллистов, А. Романов, Е. Романова // Врач. – 2006. – № 5. – С. 3 – 7.
4. Синдром раздраженного кишечника (клиника, диагностика, лечение) / В.Б. Гриневич, В.И. Симаненков, Ю.П. Успенский [и соавт.]. - СПб., 2000. – 90 с.
5. Comorbid irritable bowel syndrome in patients with generalized anxiety and major depression / G. Tollefson, S. Tollefson, M. Pederson [et al.] // Ann. Clin. Psychiat. -1991. - Vol. 3. - P. 215 - 222.
6. Смудевич А.Б. Депрессии в общей медицинской практике / А.Б. Смудевич. - М., 2000. - 160 с.
7. Psychological aspects of the functional gastrointestinal disorders / D.A. Drossman, F.H. Creed, K.W. Olden [et al.] //Gut. - 1999. - Vol. 45 (Suppl. 2). - P. 25 – 30.
8. Лях Ю.Е., Гурьянов В.Г. Анализ результатов медикобиологических исследований и клинических испытаний в специализированном статистическом пакете MEDSTAT / Ю.Е. Лях, В.Г. Гурьянов // Вестник гигиены и эпидемиологии. – 2004. - Т. 8. - № 1. – С. 155-167.

Поступила в редакцию 15.10.2012

УДК: 616.895.1-085.851

*В.В. Волобуев***ЗНАЧИМОСТЬ КРАТКОСРОЧНОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ ОРГАНИЧЕСКИХ ТРЕВОГЕ И ДЕПРЕССИИ В СТРУКТУРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ПОСТРАДАВШИХ ВСЛЕДСТВИЕ ТЕХНОГЕННЫХ АВАРИЙ И КАТАСТРОФ**

ОКПНБ-медико-психологический центр, г.Донецк

Ключевые слова: органическая симптоматика, непсихотические психические расстройства, пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф, краткосрочный психотерапевтический процесс.

В клинической картине непсихотических психических расстройств у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф довольно часто имеет место органическая симптоматика, вызванная токсическим воздействием различных факторов. В работах, выполненных в 20—50-е годы XX столетия [1,2,4] достаточно полно описаны возможные психические расстройства, возникающие при воздействии ртути, тетраэтилсвинца, марганца, других химических веществ на головной мозг пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф. Эти работы способствовали дальнейшему развитию общепсихопатологических представлений об экзогенных и эндогенных механизмах развития психических нарушений [1,2,4].

Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф испытывают одновременно воздействие как острой внезапной психотравмирующей ситуации (например, при взрывах на шахтах), так и токсических факторов - на физическое состояние. В последствии это может проявляться при формировании органических психических расстройств. Согласно современным стандартам и клиническим протоколам лечения [5,6], психотерапия является одним из методов терапии органических психических расстройств, в том числе, и у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф.

При проведении психотерапии в общем комплексе медико-психологических психотерапевтических мероприятий существенное значение имеет период пребывания пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами в стационаре. Несомненное психотерапевтическое значение для больного приобретает сам факт установления у него определенного заболевания после тщательно проведенного обследования. Основными задачами психотерапии на данном этапе являются

убеждение пациента в больших компенсаторных возможностях нервной систем, психики, активизация личности в направлении преодоления болезненных нарушений и приспособления к условиям жизни. С этой целью могут быть использованы, помимо рациональной психотерапии, и другие формы психотерапии, в том числе, и глубинные. Большое значение имеет психотерапия в группе, особенно в форме “лечебной перспективы”. Применение этой методики целесообразно, так как установление диагноза органического психического заболевания, может пугать пациентов. Необходимо дать им возможность убедиться в перспективности проводимой терапии. Для этого в группе приглашают пациентов со сходными болезненными нарушениями, закончивших лечение с благоприятными результатами, хорошей социальной и трудовой реадaptацией после него [7,8,9].

Одной из основных целей использования психотерапии в комплексном лечении больных с органическими психическими заболеваниями является устранение невротического компонента, обусловленного реакцией личности на болезнь. У некоторых пациентов усиление симптоматики органических психических расстройств связано с патологической реакцией пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф на невротические и психические нарушения и вызывает изменение их личностных особенностей в сторону тревожной мнительности, ипохондричности и т.д. Клиника органических психических расстройств при этом, может дополняться сенестопатическими проявлениями. Эти ощущения больные переживают особенно остро и тяжело, и у них появляется убежденность в реальности жизненной катастрофы, которая может возникнуть в любой момент вопреки заверениям врача. Нередко пациенты полностью углубляются в переживания,

связанные с пугающими телесными ощущениями, сосредотачивают на них все внимание и оказываются выключенными из обычного круга семейных и социальных проблем.

Реакцией на описанные выше расстройства, как правило, являются невротические страхи «сойти с ума», «быть обузой близким». Отмечаемая многими авторами ипохондрическая настроенность больных с указанными заболеваниями сопровождается стойкой фиксацией на своих ощущениях, чрезмерной заботой о своем здоровье [3,4]. При лечении больных с невротической фиксацией органических нарушений существенное значение имеет косвенная психотерапия, в частности, в виде психотерапевтического опосредования и потенцирования различных видов биологической терапии. Это дает возможность постепенно усилить психотерапевтический альянс с целью применения более глубоких форм психотерапии.

Важную роль психотерапия приобретает в комплексном лечении больных, у которых затяжное, длительное течение органического психического заболевания, способствует возникновению более сложных психогений, выявляющихся лишь при глубоком изучении истории развития больного и формирования его отношений с окружающей действительностью. При деструктивных поражениях болезненно измененный мозговой субстрат характеризуется снижением сопротивляемости и выносливости, поэтому ситуация, незначительная для здоровой нервной системы, является в этих условиях декомпенсирующей. Подобные пациенты, будучи, в основном, «органиками», склонны к рецидивам заболевания и декомпенсации по психогенному пути и хорошо восстанавливаются при разрешении ситуации с помощью психотерапии. При органических психических расстройствах со значительно выраженными органическими нарушениями психотерапию желательно проводить в стационаре, где для этого имеются благоприятные условия (длительный и постоянный контакт врача с больным, что необходимо для систематической индивидуальной психотерапии, возможность проводить групповую психотерапию и различные виды так называемой социотерапии). Психотерапевтическое значение имеет сам факт поступления пострадавшего с органическим психическим расстройством в стационар для тщательного об-

следования, а также лечебная атмосфера отделения или клиники. После выписки должна проводиться интервальная психотерапия, которая в тяжелых случаях длится в течение нескольких месяцев, а иногда и лет [4,7].

Во врачебной практике нередко встречаются пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с органическими психическими расстройствами, в отношении которых даже длительное, многолетнее лечение оказывается недостаточно эффективным. При клинико-психологическом изучении таких пациентов выявляются невротическая и ипохондрическая реакция и фиксация основных болезненных симптомов. Только тщательное выяснение истории жизни больного, особенностей его личности позволяет понять содержание данной фиксации и выявить те психогенные факторы, которые ее обуславливают. Одним из основных и наиболее адекватных методов восстановительного лечения в этих случаях является психотерапия в ее различных формах и, прежде всего, в виде аналитически ориентированной психотерапии [7,8,9].

Основные симптомы, с которыми в первую очередь приходится сталкиваться при проведении краткосрочной психотерапии в случае сочетанного влияния факторов аварии (например, при отравлении угарным газом, травмах головного мозга при взрывах на угольных шахтах), являются головокружение, головная боль, повышенная утомляемость, раздражительность, трудности сосредоточения внимания при выполнении умственных задач, нарушения памяти, бессонница, снижение толерантности к стрессу и эмоциональным нагрузкам, которые возникают в структуре тревожных и депрессивных расстройств.

Поэтому, целью данного исследования явилось изучение влияния индивидуального краткосрочного психотерапевтического процесса на органические тревогу и депрессию при непсихотических органических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф.

В соответствии с поставленной целью, основными задачами исследования явились изучение изменений основных проявлений в виде тревоги и депрессии при непсихотических органических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф до и после проведения краткосрочной психотерапии.

Материалы и методы исследования

Пострадавшие вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического органического психического расстройства соот-

ветственно критериям МКБ-10 (N=50) были отобраны для проведения исследования. Лечение проводилось согласно клиническим протоколам

и стандартам оказания медико-психологической психотерапевтической помощи. Инструментами первичной оценки результата являлись опросники Спилбергера-Ханина и Зунга, опросники Гамильтона (тревоги и депрессии).

Данное исследование выполнялось на базе ОКПНБ-медико-психологического центра г.Донецк. Критерии включения определялись возрастом испытуемых от 30 до 50 лет, наличием первичного

диагноза непсихотического органического психического расстройства. Все пациенты относились к пострадавшим вследствие техногенных аварий и катастроф. Отбор исследуемых проводился случайным методом из числа всех госпитализированных в стационар пациентов данной категории.

Средний возраст изучаемой группы больных (N=50) составил 43,4 года (стандартное отклонение (SD) = 3,3).

Результаты исследования и их обсуждение

При исследовании нами 50 пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств установлено, что в клинической картине доминировали симптомы тревоги и депрессии, которые возникали в результате как невозможности справиться

с вытесненными эмоциональными реакциями, так и возрастающего недоверия к окружающему миру. Указанные симптомы у обследованных анализировались с помощью опросников Спилбергера-Ханина и Зунга (таблица 1), и опросников Гамильтона - тревоги и депрессии (таблица 2).

Таблица 1

Оценка тревоги и депрессии по шкалам Спилбергера-Ханина и Зунга у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств до проведения краткосрочной психотерапии

| Тест Спилбергера-Ханина (баллы) | | | | Тест Зунга (баллы) | |
|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|
| Ситуативная тревога | | Личностная тревога | | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) |
| Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | | |
| 59,3 | 5,6 | 58,8 | 6,4 | 57,8 | 2,6 |

Таблица 2

Оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств до проведения краткосрочной индивидуальной психотерапии

| Тест Гамильтона (баллы) | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|
| Тревога | | Депрессия | |
| Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) |
| 27,3 | 3,5 | 23,2 | 3,2 |

Как мы видим из таблицы 1, среднее значение уровня ситуативной тревоги на 31,8 % превышает верхнюю границу умеренного уровня, а личностной тревоги – на 30,7 %. Уровень депрессии по шкале Зунга свидетельствует о наличии невротического уровня депрессии (до 60 баллов), превышая 50 балльный рубеж на 15,6%.

Анализируя результаты таблицы 2 можно отметить, что уровень тревоги по шкале Гамильтона, находясь в диапазоне выраженного тревож-

ного состояния, превышает верхнюю границу диапазона значений, соответствующих отсутствию тревоги в 3,4 раза. При этом, показатель уровня депрессии по шкале Гамильтона свидетельствует об умеренной депрессии и превышает верхнюю границу диапазона уровня «без депрессии» в 2 раза.

Результаты изменения тревожной и депрессивной симптоматики после проведения краткосрочной психотерапии представлены в таблице №3.

Результат оценки тревоги и депрессии по шкалам Спилбергера-Ханина и Зунга у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотического органического психического расстройства после проведения краткосрочной психотерапии

| Проведенное лечение | Тест СПИЛБЕРГЕРА-Ханина (баллы) | | | | Тест Зунга (баллы) | |
|--|---------------------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|--------------------|-----------------------------|
| | Ситуативная тревога | | Личностная тревога | | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) |
| | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | | |
| Краткосрочная психотерапия в комплексе медико-психологического психотерапевтического лечения | 42,6 | 5,8 | 43,1 | 2,8 | 46,8 | 2,1 |

Таблица 4

Оценка тревоги и депрессии по шкале Гамильтона у обследованных пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с наличием непсихотических органических психических расстройств после проведения краткосрочной психотерапии

| Тест Гамильтона (баллы) | | | |
|-------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|
| Тревога | | Депрессия | |
| Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) | Среднее значение | Стандартное отклонение (SD) |
| 14,2 | 4,1 | 13,1 | 1,2 |

При сравнении результатов оценки тревоги и депрессии до и после лечения у обследованных выявлено наличие недостоверного ($p > 0,05$) снижения тревоги и депрессии, при их оценке тестами Спилбергера-Ханина и Зунга, и достоверное ($p < 0,05$) снижение - при использовании тестов тревоги и депрессии Гамильтона (которые в большей степени являются клиническими и, с нашей точки зрения, более соответствуют клиническим данным, получаемым при исследовании психического состояния пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими психическими расстройствами).

Таким образом, можно говорить об эффективности краткосрочных индивидуальных психотерапевтических мероприятий при органических тревоге и депрессии как значимых проявлениях непсихотических психических расстройств у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф. Выстраивание психотерапевтической тактики с учетом наличия психоорганической симптоматики при непсихотических психических расстройствах у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф является важной составляющей в стабилизации психического состояния пациентов.

Выводы:

1. Создание психотерапевтического альянса при работе с пострадавшими вследствие техногенных аварий и катастроф, страдающих непсихотическими органическими психическими расстройствами требует дифференцированного подхода с учетом наличия психоорганической симптоматики.

2. Декомпенсация психоорганической симптоматики у пострадавших вследствие техногенных аварий и катастроф с непсихотическими органическими психическими расстройствами приводит к формированию сложных тревожных и депрессивных проявлений, которые затрудняют применение классических психотерапевтических техник.

3. Активизация психотерапевтических отношений при краткосрочной психотерапии способствует эффективному снижению таких проявлений непсихотических органических психических расстройств, как тревога и депрессия.

4. Результаты данного исследования позволяют предположить, что более эффективными методами психотерапевтической работы с обследованным контингентом пациентов могут быть индивидуально- и аналитически ориентированные формы психотерапии.

ЗНАЧУЩІСТЬ КОРОТКОСТРОКОВОГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПРОЦЕСУ ПРИ ОРГАНІЧНІЙ ТРИВОЗІ І ДЕПРЕСІЇ В СТРУКТУРІ НЕПСИХОТИЧНИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У ПОСТТРАЖДАЛИХ ВНАСЛІДОК ТЕХНОГЕННИХ АВАРІЙ І КАТАСТРОФ

ОКПНЛ-медико-психологічний центр, м. Донецьк

У статті аналізувався вплив короткострокового психотерапевтичного процесу на органічні тривогу і депресію при непсихотичних органічних розладах у постраждалих внаслідок техногенних аварій і катастроф. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С.67-71).

V.V. Volobuyev

THE IMPORTANCE OF SHORT-TERM PSYCHOTHERAPEUTIC PROCESS IN ORGANIC ANXIETY AND DEPRESSION IN THE STRUCTURE OF NON-PSYCHOTIC MENTAL DISORDERS OF THE VICTIMS OF TECHNOGENIC DISASTERS AND ACCIDENTS

RCPNH - medico-psychological centr, Donetsk

In the article the influence of short-term psychotherapeutic process on organic anxiety and depression in non-psychotic mental disorders of the victims of technogenic disasters and accidents was analyzed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 67-71).

Литература

1. Александровский Ю.А., Румянцева Г.М., Щукин Б.П. Состояние психической дезадаптации в экстремальных условиях // Журн. невропатологии и психиатрии. — 1989. — №5. — С. 111-117.
2. Андерсен Б., Старк Ф.-М., Гросс Я. Социальный стресс, личность и экзотравмирующие переживания: эмпирическое исследование ближайших реакций. // Социальная и клиническая психиатрия. — 1995. — Т. 8, № 2. — С. 6-14.
3. Бухановский А.О., Кутявин Ю.А., Литвак М.Е. Общая психопатология. — Ростов-на-Дону: Изд-во ЛРНЦ "Феникс", 1998. — 416 с.
4. Карвасарский Б.Д. «Психотерапевтическая энциклопедия». — С.-Пб.: Питер, 2000. — С. 287-324.
5. Наказ Міністерства охорони здоров'я України №59 від 05.02.2007 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю „Психіатрія”».
6. Наказ МОЗ України №226 від 07.27 1998р. «Тимчасові галузеві уніфіковані стандарти медичних технологій діагностично-лікувального процесу стаціонарної допомоги дорослому населенню в лікувально-профілактичних закладах України».
7. Фрейд З. Тревога, торможение, симптом // Психология бессознательного: Сб. Произведений. — М.: Просвещение, 1990. — С.274-296.
8. Crits-Christoph P., Connolly Gibbons M.B., Narducci J., Schamberger M., Gallop R.: Interpersonal problems and the outcome of interpersonally oriented psychodynamic treatment of GAD// Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. — 2005. — Vol. 42. — P. 211-224.
9. DiNardo P., Moras K., Barlow D.H., Rapee R.M., Brown T.A.: Reliability of DSM-III-R anxiety disorder categories. using terview Schedule—Revised (ADIS-R) // Arch. Gen. Psychiatry. — 1993. — Vol. 50. — P.251-256.

Поступила в редакцию 18.09.2012

УДК 159.96:614.253-082.6

*В. А. Кожевникова***ПСИХОЛОГІЧНА КОРЕКЦІЯ ВЗАЄМИН ХВОРИХ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ З ЛІКАРЕМ В ХОДІ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ**

Державна установа «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: терапевтичний альянс, психічні розлади, лікувальний процес, комплайнс, психокорекція

На сучасному етапі розвитку медичної науки надзвичайно великого значення набуває особистісний підхід до лікування хворих, організація нових технологій їх реабілітації. Особливо цього потребують хворі на психічні (ПР) розлади, враховуючи здебільшого прогресивний перебіг даних захворювань, а також наявність стигматизації з боку оточуючих, що призводить до зниження якості життя даних категорій пацієнтів. В рамках такого підходу найбільш продуктивним, на наш погляд, є дослідження психологічних аспектів лікувального процесу, зокрема, особливостей терапевтичного альянсу (ТА) між лікарем і пацієнтом [1-3]. Загально визнаним є те, що терапевтичний альянс описує складні динамічні взаємини між медичним спеціалістом і пацієнтом, що формуються, розвиваються та функціонують в ході лікувально-реабілітаційного процесу та значною мірою впливають на його ефективність [2-

4]. На підставі результатів комплексного дослідження, проведеного в ДУ ІНПН НАМН, розроблено критерії діагностики ТА і створено його типологічну класифікацію, що включає партнерський, емпатійний, регламентувальний, формальний, дистантний типи ТА і нональянс [5, 6]. Показано, що за оцінками пацієнтів, незалежно від нозологічної належності, найбільш оптимальним є партнерський альянс [6, 7]. Також визначено основні психологічні чинники, значущі для формування терапевтичного альянсу у хворих (особистісні особливості, специфіка комунікативних установок та копінг-стратегій, розвиненість емоційного інтелекту, емпатійних здібностей та тип ставлення до хвороби) [8]. Отримані результати стали підґрунтям для розробки комплексу психокорекційних та психоосвітніх заходів для хворих на психічні розлади, спрямованих на оптимізацію їх терапевтичного альянсу з лікарем.

Матеріал і методи дослідження

Дане дослідження було проведено на базі Державної установи «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної академії медичних наук України». В дослідженні брали участь 20 хворих на психічні розлади (9 чоловіків, 11 жінок), які за МКХ-10 мали діагноз «Шизофренія» (F 20.00, F 20.01) – 4 особи (20,0%), «Шизотиповий розлад» (F 21.00) – 4 особи (20,0 %), «Рекурентний депресивний розлад легкого ступеня» (F 33.1) – 12 осіб (60,0%).

Застосовувались наступні методи: метод спостереження, метод експертних оцінок, анкетування (використовувалась анкета для діагностики стилю взаємодії між пацієнтом і лікарем, яка дозволяє виявити один з п'яти типів терапевтичного альянсу) та психодіагностичний метод. Психодіагностичний метод було реалізовано за допомогою наступних методик: «Дослідження рівня комплайнса хворих» (Н. М. Лісна, 2007),

«Методика діагностики відносин лікаря та пацієнта (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, О. О. Бородавко, 2011), «Методика оцінки довіри/недовіри в системі відносин «лікар-пацієнт» (варіант для пацієнтів)» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко, 2011), «Тип ставлення до хвороби» (А. Є. Личко, Л. Й. Вассерман, Б. В. Іовлев, 1987). Метод анкетування та психодіагностичний метод було реалізовано в динаміці: до та після проведення психокорекційних та психоосвітніх заходів.

В якості експертів виступали 10 медичних спеціалістів (5 неврологів, 5 психіатрів), що безпосередньо лікували даних хворих в момент перебування їх у стаціонарі.

За результатами психодіагностичного обстеження хворих на психічні розлади та дослідження особливостей їх взаємин з лікарем в рамках терапевтичного альянсу нами було розроблено

програму психокорекційних заходів, спрямованих на прискорення адаптації хворих до умов стаціонару, оптимізації терапевтичного альянсу з лікарем, підвищення інформаційної компетентності та оволодіння навичками конструктивної активності пацієнтів. Програма складається з п'яти тематичних модулів, в рамках яких визначено конкретні

цілі-мішені для психокорекційного впливу. Форма роботи: групова по 3-5 осіб та індивідуальна (психодіагностичне обстеження до та після психокорекційних заходів). Термін програми: 7 занять по 1,5 години кожне, з першою в 10 хвилин.

Зміст основних тематичних модулів представлено в таблиці 1.

Таблиця 1

Психокорекційна програма для хворих на неврологічні та психічні розлади, спрямована на оптимізацію їх терапевтичного альянсу з лікарем

| Модуль | Назва модуля | Цілі-мішені |
|--------|--|--|
| 1 | Корекція емоційного стану пацієнта | - Зниження рівня тривоги, напруження, корекція депресивних станів; - формування соціально-прийнятних емоційних реакцій. |
| 2 | Формування (підтримка) установки на відновлення власного здоров'я. | - Визначення пріоритетів для хворого у вигляді максимально можливого відновлення власного здоров'я та повернення до повсякденного життя; - формування або відновлення адекватних форм поведінки, навичок вирішення повсякденних питань, підвищення рівня соціальної компетентності. |
| 3 | Формування мотивації до співпраці з лікарем. | - Підвищення інформованості пацієнта щодо значення терапевтичного альянсу; - формування ініціативних стратегій поведінки, спрямованих на конструктивне спілкування з лікарем. |
| 4 | Підвищення (формування) відповідальності хворого за результат лікування. | - Підвищення ініціативи хворого, його готовності приймати адекватні рішення, пов'язані з дотриманням терапевтичних рекомендацій; - мотивація власної відповідальності за додержання режиму лікування; - формування адекватних установок та форм поведінки, направлених на продуктивне спілкування з власним лікарем та виконання терапевтичних призначень, а також успішних стратегій подолання. |
| 5 | Підвищення рівня комплайенсу пацієнтів. | - інформування хворих відносно захворювання та призначеного лікування; - формування та закріплення оптимальних моделей додержання терапевтичного режиму; - формування навичок моніторингу самопочуття. |

Для досягнення ефективної психосоціальної реабілітації в умовах неврологічного та психіатричного стаціонару доцільно використовувати широкий спектр психокорекційних та психоосвітніх технологій та технік, вибір та зміст яких повинні залежати від форми, ступеня і причин

дезадаптації пацієнта, його актуальних потреб та клінічних проявів захворювання. Для психокорекції визначених нами цілей-мішеней використовувались: техніки когнітивно-поведінкової та комплайенс-терапії, тренінг соціальних навичок, комунікативний та психоосвітній тренінги.

Результати дослідження та їх обговорення

Аналіз результатів дослідження до та після проведення психокорекційних та психоосвітніх заходів показав, що у хворих на психічні розлади збільшується представленість партнерського альянсу (10,0% та 15,0% відповідно), зменшується наявність емпатійного (55,0% та 50,0% відповідно) типу ТА. Також мала місце значуща позитивна динаміка рівня комплайенсу ((18,5±5,3) та (24,4±6,6) бала відповідно).

Результати дослідження динаміки взаємин з лікарем свідчать, що в результаті психокорекції у хворих на психічні розлади відзначається збільшення готовності розуміти позицію лікаря ((6,4±1,2) та (6,9±1,4) бала відповідно) та співпрацювати з ним ((4,1±1,2) та (5,7±1,6) відповідно (p<0,05)), дещо зростають показники активності і відповідальності хворого за результати лікування (4,1±1,4) та (4,5±1,7) бала

відповідно) та підвищується емоційний комфорт ((7,2±0,8) та (7,9±1,2) бала відповідно).

Показано, що рівень довіри хворих на ПР як до, так і після реалізації психокорекційних заходів був досить високим ((74,2±17,1) та (75,6±18,4) бала відповідно). Після психокорекції пацієнти стали вище оцінювати рівень власної обізнаності щодо професійних та особистісних якостей лікаря (64,1±17,7) та (70,6±16,5) відповідно), зросло позитивне емоційне ставлення до нього (96,4±19,8) та (97,7±20,3) бала відповідно).

За даними дослідження динаміки реагування на захворювання у хворих на психічні розлади в результаті психокорекції зменшилась вираженість рис меланхолічного ((16,6±9,2) та (8,6±3,5) відповідно, (p<0,05)), дисфоричного ((6,7±3,1) та (5,4±2,3) відповідно) і апатичного ((8,5±4,1) та (5,7±2,1) бала відпо-

відно) реагування на захворювання.

Нами було визначено параметри, за якими методом експертних оцінок оцінювалась ефективність психокорекційних заходів для пацієнтів, а саме: поінформованість хворого щодо власної хвороби, методів лікування та терапевтичних перспектив; характер очікувань хворого щодо покращення власного здоров'я; готовність до встановлення продуктивних взаємин з лікарем; рівень довіри пацієнта до лікаря; ініціативна стратегія взаємодії з медичним спеціалістом; рівень комплайєнса пацієнта; якість спілкування з соціальним оточенням; наявність ознак госпіталізму та самостигматизації.

Результати дослідження ефективності розробленої системи психокорекційних заходів для пацієнтів за допомогою методу експертних оцінок наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

Показники ефективності психокорекційних заходів для хворих на ПР у %

| Параметр | Показник ефективності |
|--|-----------------------|
| Поінформованість щодо власної хвороби, методів лікування та терапевтичних перспектив | 75,0 |
| Позитивні очікування хворого щодо покращення власного здоров'я | 50,0 |
| Готовність до встановлення продуктивних взаємин з лікарем | 65,0 |
| Рівень довіри пацієнта до лікаря | 40,0 |
| Ініціативна стратегія взаємодії з медичним спеціалістом | 45,0 |
| Усвідомлення власної відповідальності за результати лікування | 35,0 |
| Рівень комплайєнса пацієнта | 45,0 |
| Якість спілкування з соціальним оточенням | 30,0 |
| Наявність ознак госпіталізму | 40,0 |
| Наявність ознак самостигматизації | 45,0 |

За даними дослідження, представленими в таблиці 2, в результаті участі в розробленій психокорекційній програмі у хворих на психічні розлади значно підвищилась поінформованість щодо власної хвороби, методів лікування та терапевтичних перспектив (75,0%). У 65,0% пацієнтів збільшилась готовність до встановлення продуктивних взаємин з лікарем; 45,0 % хворих стали займати більш активну позицію при взаємодії з ним. У 45,0% пацієнтів з психічними захворюваннями підвищився рівень комплайєнса. Позитивні очікування щодо покращення власного здоров'я та наявність подальших терапевтичних пер-

спектив відзначались у 50,0% хворих на ПР. Також у хворих на психічні розлади певною мірою зменшились ознаки госпіталізму (40,0%) і самостигматизації (45,0%) та покращилась якість спілкування з соціальним оточенням (30,0%).

Таким чином, реалізація психокорекційних заходів для пацієнтів сприяла підвищенню їх поінформованості щодо власної хвороби, методів лікування та терапевтичних перспектив; ступеня комплайєнсу; рівня їх довіри до медичного спеціаліста; власної відповідальності за результати лікування і готовності формувати продуктивні взаємини з лікарем. Також у пацієнтів знач-

ною мірою поліпшилась якість спілкування з соціальним оточенням. Результати оцінки ефек-

тивності розроблених психокорекційних програм вказують на її досить високу ефективність.

В.А. Кожевникова

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ОТНОШЕНИЙ БОЛЬНЫХ С ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ С ВРАЧОМ В ХОДЕ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

Государственное учреждение «Институт неврологии, психиатрии и наркологи NAMN Украины»

Показано, что в результате психокоррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию взаимоотношений «врач – пациент», у больных с психическими расстройствами повысился уровень информированности относительно своего заболевания, методов лечения и терапевтических перспектив; возросла их готовность к установлению продуктивных взаимоотношений с врачом, повысился уровень комплайенса пациентов, качество их общения с социальным окружением, уменьшились признаки госпитализма и самостигматизации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 72-75).

V. Kozhevnikova

PSYCHOLOGICAL TREATMENT ON PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS WITH A DOCTOR IN TREATMENT PROCESS

Public Institution “Institute Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine”

It is shown that as a result of corrective treatment designed to optimize the relationship “doctor - patient” in patients with mental disorders increased the level of awareness about their disease, treatment, and therapeutic prospects, increased their willingness to establish a productive relationship with your doctor, improve patient compliance, the quality of their communication with the social encircled, decrease signs hospitalism and in self. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 72-75).

Література

1. Абрамов, В. А. Медико-социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей-психиатров и социальных работников] [Текст] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т.Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. - 268 с.
2. Абрамов, В. А. Основные направления реабилитации больных с психическими расстройствами в отделении медико-социальной реабилитации [Текст] / В. А. Абрамов, О. Г. Студзинский, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина, И. Н. Левчук // Украинський вісник психоневрології. - 2007. - Том 15, вип. 1 (50), додаток. - С. 146-147.
3. Шестопалова Л. Ф. Проблема терапевтического альянса в психиатрии и неврологии [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Психология здоровья и болезни: клиничко-психологический подход: Всероссийская науч.-практ. конф. с междунар. участием. – Курск: КГМУ, 2011. – С. 427-431
4. Шестопалова, Л. Ф. Особенности терапевтического альянса у больных на психичні та неврологічні розлади [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Украинський вісник психоневрології. – 2011. – Т. 19, № 2 (67). – С. 74-76.

5. Шестопалова, Л. Ф. Типологічні особливості терапевтичного альянсу між лікарем і хворим у закладі психоневрологічного профілю [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, В. В. Артюхова // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – № 2 (27). – С. 8-12.
6. Шестопалова Л. Ф. Дослідження типологічних особливостей терапевтичного альянсу в сучасному медичному закладі [Текст] / Л. Ф. Шестопалова // Украинський вісник психоневрології – 2012. – Т. 20. – № 3 (72) – С 236.
7. Шестопалова, Л. Ф. Особливості терапевтичного альянсу за оцінками хворих на основні неврологічні та психичні розлади [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Украинський вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, № 3 (64). – С. 158.
8. Шестопалова Л. Ф. Основні індивідуально-психологічні чинники формування терапевтичного альянсу у медичних спеціалістів [Текст] / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Украинський вісник психоневрології – 2012. – Т. 20. – № 3 (72) – С 236.

Поступила в редакцию 01.10.2012

УДК: 616.89-008.441.13:362.147-036.22

*О.В. Друзь***ТЕРАПІЯ АФЕКТИВНИХ РОЗЛАДІВ У ОСІБ, ЗАЛЕЖНИХ ВІД ОПОЇДІВ, НА ЕТАПІ РЕАБІЛІТАЦІЇ**

Головний військово-медичний клінічний центр “ГВКГ” (м. Київ)

Ключові слова: залежність від опіоїдів, реабілітація, прихильність, антидепресивна терапія, комплаєнс

Розлади емоцій є облігатною складовою психічного статусу хворих наркологічного профілю [1-4]. Вони безпосередньо пов’язані зі стрижневою ознакою станів залежності – потягом до об’єкту зловживання [5-10]. Афективна патологія створює додаткову мотивацію для вживання психоактивних речовин (в тому числі опіоїдів) і, водночас, – є одними з наслідків такого вживання [11-13]. Вона є одним з факторів, що сприяє прогресуванню основного захворювання – хімічної залежності [14-16].

З огляду на сказане, слід визнати, що терапія афективних розладів (в тому числі засобами фармакотерапії) у хворих, залежних від опіоїдів, має розпочинатись ще під час детоксикації і трива-

ти аж до стабілізації терапевтичної ремісії, охоплюючи весь період реабілітації.

Між тим, більшість доступних для аналізу програм реабілітації (як світських так і релігійних) не передбачає будь-якого медикаментозного лікування реабілітантів. Більш того, як свідчать доступні джерела, в Україні досі не вироблено стандартів реабілітації осіб, залежних від опіоїдів. Тому, зокрема, питання про можливість систематичної антидепресивної терапії, про її ефективність і, відповідно, доцільність на етапі реабілітації, залишаються відкритими. Саме тому метою цього дослідження стало визначення можливостей терапії афективних розладів у осіб, залежних від опіоїдів, на етапі реабілітації.

Матеріали та методи дослідження

Особи, залежні від наркотиків, як правило, духовно спустошені люди. Саме тому, останнім часом все більшого поширення набувають реабілітаційні програми, які ґрунтуються на тих чи інших релігійних доктринах і підтримуються відповідними церквами. За численними, хоча і недостатньо систематизованими свідченнями, кінцева ефективність таких програм вище, ніж реабілітаційних програм суто світського типу. Саме тому, дослідження про яке йдеться у цій статті, здійснювалось на базі релігійного реабілітаційного центру, а саме на базі центру православної реабілітації.

Як вже було сказано вище, в Україні досі немає затверджених державних стандартів реабілітації осіб, залежних від наркотиків (в т.ч. опіоїдів). Тим більш немає вітчизняних нормативних документів щодо функціонування реабілітаційних програм релігійного типу. Між тим, для розв’язання завдань цього етапу роботи, а саме для оцінки можливості систематичної антидепресивної терапії на етапі реабілітації та її ефективності, слід було мати саме стандартизовану систему реабілітації, для того щоб уникну-

ти додаткової невизначеності на етапі аналізу.

Саме тому реабілітаційний процес був організований відповідно до методичних рекомендацій Координаційного центру протидії наркоманії синодального відділу щодо церковної добродійності й соціального служіння Руської Православної Церкви “Методологія соціальної реабілітації наркозалежних у церковній громаді” [17]; з дотриманням вимог протоколу Z50.3 “Реабілітація хворих на наркоманію”, затвердженого наказом № 500 Мінздраву Російської Федерації від 22 жовтня 2003 року [18]; а також методичних рекомендацій 06/225/804 “Основні технології лікувально-реабілітаційної допомоги хворим на наркоманію”, затверджених так само Мінздравом Російської Федерації від 19 січня 2009 року [19].

Система реабілітаційних заходів, про яку йдеться, була реалізована в Центрі православної реабілітації (далі – Центр) у селищі Поліське Козелецького району Чернігівської області). Сюди потрапляли хворі, залежні від опіоїдів (після етапу детоксикації), які висловили відповідне бажання. В роботі Центру з наркозалеж-

ними використовувались стандартні наркологічні підходи, однак наголос робився на духовній складовій реабілітаційного процесу.

Вихід наркозалежної людини в стійку ремісію по закінченні реабілітаційного процесу, відновлення його соціального статусу не розглядається Православною Церквою (і, відповідно, Центром) як єдина мета. Кінцевою метою Церкви є підготовка людей до вічного життя, до якого Бог призиває всіх. Для людини, що потрапила в наркотичний полон, але відгукнулася на заклик Спасителя, подолання залежності стає необхідним кроком на шляху порятунку. Особливістю православної реабілітації в Центрі є органічне включення реабілітаційного процесу в життя церковної громади. Члени громади, що проводять реабілітацію, є співробітниками Божими, допомагаючи залежним людям переборювати придбану пристрасть, прилучаючи їх до внутрішньоцерковного життя, у якій з'єднується зміна світогляду залежних і максимально уможливується участь в Євхаристичному житті. Показником успіху православної реабілітації поряд зі стійкою ремісією залежного є сформована християнська ціннісна мотивація у повсякденному житті.

Процес реабілітації у Центрі розділено на чотири етапи: підготовчий, перший ("прийти до себе"), другий ("прийти до Бога") і третій ("повернутися до людей"). Назва кожного з етапів відбиває його мету. Основна мета кожного етапу розпадається на ряд внутрішньоетапних завдань, які утворюють єдиний ланцюг. При цьому, перехід вихованця від однієї ланки цього ланцюга до іншого відбувається не автоматично: виконання підсумкового завдання оцінюється всією громадою, вихователями й реабілітантами приймається рішення про доцільність переведення вихованця, що здає іспит, на наступний етап. Вихованець може перейти на наступний етап, якщо громада в цілому визнала його попередню роботу чесною і якісною.

Попередній етап (етап прийому до громади). Ціль етапу - знайомство й адаптація. Завдання - знайомство з насельниками й життям приходу, укладання угоди про реабілітацію (разом з поінформованою згодою щодо антидепресивної терапії на етапі православної реабілітації), первинне консультування родичів, збір первинної інформації, підготовка й проведення першої сповіді й підготовка до 1 етапу реабілітації. Тривалість етапу 1-2 тижня.

Етап 1. "Прийти до себе". Завдання етапу - вивчення природи залежності, подолання тяга до наркотику, вивчення власної історії жи-

вання, виділення духовної складової свого життя, виявлення основних життєвих проблем і перспектив, у підсумку одержання реального погляду на себе. Тривалість етапу 4-6 місяців.

Етап 2. "Прийти до Бога". Завдання етапу - діяльне вивчення основ церковного буття: віра як духовний досвід, вивчення аскетичних методів боротьби зі страстями, покаєння (гріх як помилка, генеральна сповідь, єпитимія й повернення боргів), проблеми статі (хибність постулатів сексуальної революції, цнотливість, гендерні розходження, церковний шлюб), пост і молитва, слухняність, ритм і закони духовного життя, церковні Таїнства, усвідомлення змісту страждань і постановка питання про зміст життя. Тривалість етапу 4-6 місяців.

Етап 3. "Повернутися до людей" (адаптаційний). Завдання етапу - вироблення соціальних навичок, аналіз і пророблення проблем, які виникають, написання стратегічного плану життя (на 1 рік), створення власної системи підтримки, підготовка до повернення в соціальне середовище (у світ). Тривалість етапу 3-4 місяці.

Загальна тривалість основного етапу реабілітації в ідеалі становила 18 місяців. Однак у реальності доводилось зважати на індивідуальні особливості кожного вихованця, а також на його життєві обставини.

Антидепресивна фармакотерапія (прийом циталопраму у дозі 40 мг/добу (по 20 мг per os двічі на добу протягом перших трьох місяців перебування у Центрі) була запропонована 176 особам, що мали наприкінці детоксикації депресивні стани різного ступеню важкості і розпочали антидепресивну терапію ще в ранньому постабстинентному періоді, і які взяли участь в програмі православної реабілітації. Однак, лише 97 осіб погодились підписати поінформовану згоду щодо антидепресивної терапії на етапі реабілітації і увійшли в першу групу порівняння, при цьому 79 осіб, що відмовились підписати поінформовану згоду щодо антидепресивної терапії на етапі православної реабілітації склали другу групу порівняння.

Шляхом повторних (семикратних протягом півторарічної реабілітації, а саме на 0-у, 10-ту, 30-ту, 90-ту, 180-ту, 360-ту та 540-ву добу з моменту завершення детоксикації) досліджень з використанням: шкали Hamilton-21 [20, 21]; визначали поточний афективний статус обстежених; а шляхом побудови кривих "виживання" Каплан-Мейєра [22] відстежували вплив антидепресивної терапії на прихильність пацієнтів до продовження участі у реабілітаційній програмі. Оброб-

ку одержаних даних здійснювали методами математичної статистики (кореляційний аналіз) на

ПЕОМ за допомогою програм SPSS та "Excel" з пакету "Microsoft Office 2003"[23, 24].

Результати дослідження та їх обговорення

Результати терапії афективних розладів в ранньому та пізньому постабстинентних періодах

у осіб, залежних від опіоїдів зазначених груп порівняння подано у таблиці 1 та на рисунку 1.

Таблиця 1

Динаміка середньої виразності депресії (за шкалою Hamilton-21) в ранньому й пізньому постабстинентних періодах (ПП), а також на етапі ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, різних груп порівняння

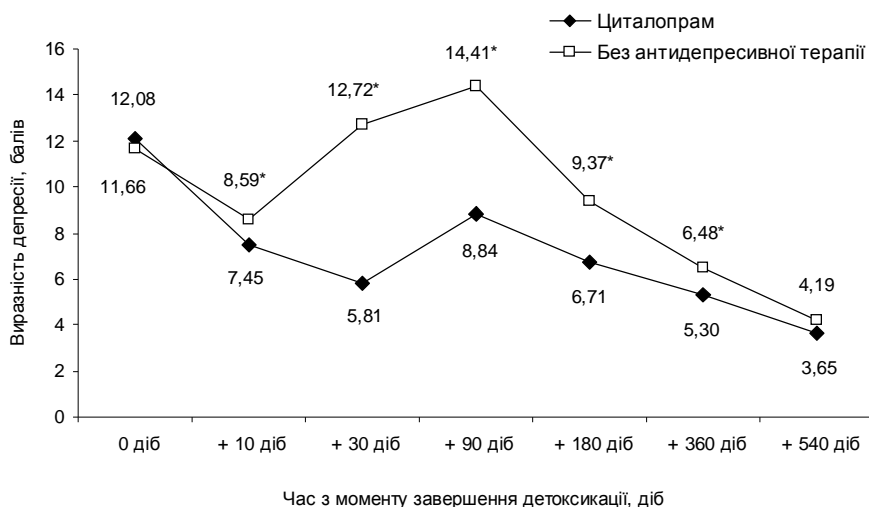
| Час з моменту завершення детоксикації, діб | Середня виразність депресії в групах порівняння, балів | |
|--|--|-----------------------------|
| | Циталопрам 40 мг/добу (перші 3 міс.) | Без антидепресивної терапії |
| 0 діб | 12,08 ± 0,23 | 11,66 ± 0,17 |
| + 10 діб | 7,45 ± 0,32 | 8,59 ± 0,27* |
| + 30 діб | 5,81 ± 0,29 | 12,72 ± 0,19* |
| + 90 діб | 8,84 ± 0,38 | 14,41 ± 0,23* |
| + 180 діб | 6,71 ± 0,31 | 9,37 ± 0,22* |
| + 360 діб | 5,30 ± 0,31 | 6,48 ± 0,15* |
| + 540 діб | 3,65 ± 0,22 | 4,19 ± 0,10 |

Примітка: * - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна (p<0,05)

Легко помітити, що динаміка середньої виразності депресії протягом періоду спостереження в зазначених групах порівняння має багато спільного. Так, після цілком зрозумілого, майже синхронного зменшення інтенсивності депресивних симптомів в ранньому постабстинентному періоді в обох групах з'являється тенденція до зростання виразності депресії, яка досягає свого максимуму на 90 добу з моменту завершення детоксикації, після чого починається неухильне зменшення виразності депресивної симптоматики, яке триває решту періоду спостереження (аж до 18-го місяця). "Візуальне" уявлення про подібність динамік в групах порівнян-

ня підтверджується результатами кореляційного аналізу – між наведеними графіками існує достатньо міцний (r=0,66) і достовірний (p<0,01) кореляційний зв'язок.

Зазначений феномен погіршення афективного статусу хворих на опіоманію протягом 2-3 місяців після припинення вживання опіоїдів (навіть не дивлячись на антидепресивну терапію), був неодноразово описаний в літературі під назвою "сухої абстиненції" (або "другої хвилі абстиненції") і, за припущенням, пов'язаний з виснаженням адаптаційних механізмів організму в його намаганнях відновити "донаркотичний гомеостаз".



Примітки: *- відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна (p<0,05).

Рис. 1. Динаміка середньої виразності депресії (за шкалою Hamilton-21) в ранньому й пізньому постабстинентних періодах (ПП), а також на етапі ремісії у осіб, залежних від опіоїдів, різних груп порівняння

Однак, разом із спільними рисами поміж описаними динаміками в зазначених групах порівняння є і істотні відмінності.

По-перше: в групі яка в пізньому постабстинентному періоді припинила антидепресивну терапію погіршення афективного статусу розпочалось майже негайно (на тридцятую добу середнє значення депресії за шкалою Hamilton-21 досягло $12,72 \pm 0,19$ балів, що достовірно ($p < 0,01$) більше, ніж на десяту добу ($8,59 \pm 0,27$ балів)), в той час як серед осіб, що погодились продовжувати антидепресивну терапію циталопрамом тривало зменшення виразності депресивної симптоматики ($5,81 \pm 0,29$ балів на тридцятую добу у порівнянні з $7,45 \pm 0,32$ балами на десяту добу, при $p < 0,05$).

По-друге: в групі яка в пізньому постабстинентному періоді припинила антидепресивну терапію пік “другої хвилі абстиненції” (на дев’яносту добу) був достовірно ($p < 0,01$) вище, ніж у осіб, що погодились продовжувати антидепресивну терапію ($14,41 \pm 0,23$ балів проти $8,84 \pm 0,38$ балів, або на 63,02 % більше).

По-третє: досягнутий протягом перших трьох місяців ефект поліпшення афективного статусу

у тих пацієнтів-реабілітантів, хто таку терапію приймав, зберігається протягом наступних дев’яти місяців: достовірно ($0,01 < p < 0,05$) відмінності з контрольною групою зберігаються аж до кінця першого року з моменту завершення детоксикації.

Таким чином, є всі підстави говорити про певну (і доволі тривалу) післядію проведеної антидепресивної терапії щодо афективного статусу.

В сучасній наркології і психіатрії прихильність пацієнта до реабілітаційної програми, рівень його комплаєнсу з учасниками мультидисциплінарної бригади, що реалізує її, розглядається як самостійний і дуже важливий показник ефективності зазначеної програми. Інтегральним (і об’єктивним) показником прихильності, про яку йдеться є тривалість утримання реабілітанта в реабілітаційній програмі. Тому наступний етап роботи, данні якого висвітлено в цій статті, був присвячений саме дослідженню тривалості утримання реабілітантів з різних груп порівняння у реабілітаційній програмі.

Результати цього дослідження подані нижче у вигляді класичних кривих “вибуття” побудованих за методом Каплан-Мейєра (табл. 2, рис. 2).

Таблиця 2

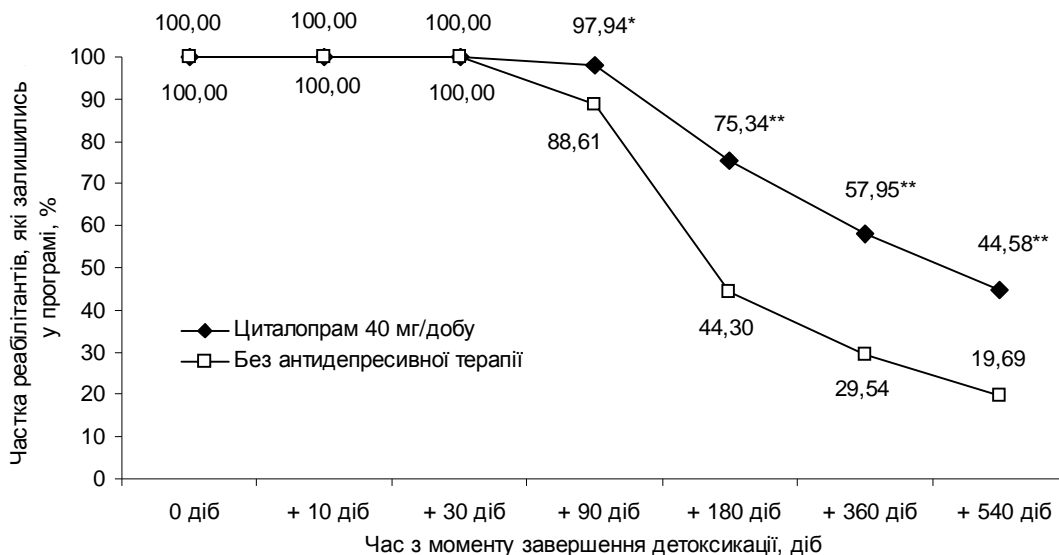
Динаміка вибуття з реабілітаційної програми осіб, залежних від опіоїдів, що належали до різних груп порівняння

| Час з моменту завершення детоксикації, діб | Кількість реабілітантів, які залишились у програмі, балів | | | |
|--|---|---------|-----------------------------|----------|
| | Циталопрам 40 мг/добу (перші 3 міс.) | | Без антидепресивної терапії | |
| | Абс., осіб | Відн, % | Абс., осіб | Відн, % |
| 0 діб | 97 | 100,00 | 79 | 100,00 |
| + 10 діб | 97 | 100,00 | 79 | 100,00 |
| + 30 діб | 97 | 100,00 | 79 | 100,00 |
| + 90 діб | 95 | 97,94 | 70 | 88,61 * |
| + 180 діб | 73 | 75,34 | 35 | 44,30 ** |
| + 360 діб | 56 | 57,95 | 23 | 29,54 ** |
| + 540 діб | 43 | 44,58 | 16 | 19,69 ** |

Примітки:
 * - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна ($p < 0,05$)
 ** - відмінність з групою хворих, що одержували циталопрам достовірна ($p < 0,01$)

Як можна бачити, протягом першого місяця прихильність, хворих залежних від опіоїдів, з різних груп порівняння до реабілітаційної програми була абсолютною (стовідсотковою). Однак, через 2-3 місяця розпочалось зменшення кількості реабілітантів, які продовжували свою

участь у програмі, при цьому протягом цього періоду з групи пацієнтів, які одержували циталопрам, вибуло 2 особи, а з альтернативної групи порівняння – 9 осіб ($p < 0,05$). Надалі відмінності між групами порівняння за цим показником неухильно зростали (табл. 2, рис. 2).



Примітки: * - відмінність з групою хворих, що не одержували антидепресивну терапію достовірна ($p < 0,05$). ** - відмінність з групою хворих, що не одержували антидепресивну терапію достовірна ($p < 0,01$).

Рис. 2. Динаміка вибуття з реабілітаційної програми осіб, залежних від опіоїдів, що належали до різних груп порівняння

На завершення півторарічного періоду реабілітації в групі пацієнтів, які одержували циталопрам, залишилось 43 особи (44,58 % від чисельності групи на початку реабілітаційного процесу), а в альтернативній групі порівняння – 16 осіб (19,69 %), тобто, за відносними показниками, в 2,26 рази менше ($p < 0,01$).

Таким чином слід відмітити, що навіть відносно короткий (3 місяці) курс антидепресивної терапії істотно поліпшує прихильність пацієнтів, залежних від опіоїдів, до участі у реабілітаційній програмі не тільки протягом самого періоду антидепресивного лікування, а і протягом подальшого (більше ніж річного) періоду реабілітації, що вказує на значну корисну “післядію” своєчасно призначених антидепресантів.

Висновки:

1. Доведено, що навіть відносно короткий курс антидепресивної терапії (циталопрам по 40 мг/добу протягом трьох місяців) у хворих, залежних від опіоїдів, істотно прискорює зворотний розвиток депресивної симптоматики; на 63,02 % зменшує гостроту афективних розладів протягом “другої хвилі абстиненції” ($8,84 \pm 0,38$ балів за шкалою Hamilton-21 в основній групі проти

14,41 \pm 0,23 29 балів в контрольній групі) і забезпечує достовірне ($0,01 < p < 0,05$) поліпшення афективного статусу пролікованих реабілітантів, протягом не менше як дев’яти місяців після завершення курсу антидепресантів (ефект післядії).

2. В результаті аналізу динаміки вибуття пацієнтів з реабілітаційної програми (за методом Каплан-Мейера), показано, що зазначений короткий курс антидепресивної терапії на початку реабілітаційного процесу істотно підвищує рівень комплаєнсу між пацієнтом і працівниками мультидисциплінарної реабілітаційної бригади і, відповідно, зміцнює прихильність хворого, залежного від опіоїдів, до реабілітації як такої, про що свідчить той факт, що наприкінці півторарічного періоду реабілітації в групі пацієнтів, які протягом перших трьох місяців одержували циталопрам, залишилось 43 особи (44,58 % від чисельності групи на початку реабілітаційного процесу), а в альтернативній групі порівняння – 16 осіб (19,69 %), тобто, за відносними показниками, в 2,26 рази менше ($p < 0,01$).

ТЕРАПИЯ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ У ЛИЦ, ЗАВИСИМЫХ ОТ ОПИОИДОВ, НА ЭТАПЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Главный военно-медицинский клинический центр “ГВКГ” (г. Киев)

Цель работы - определить возможности терапии аффективных расстройств у лиц, зависимых от опиоидов, на этапе реабилитации. Обследовано 176 мужчин, зависимых от опиоидов, с депрессивными состояниями разной степени тяжести после детоксикации, из которых 97 человек (основная группа) в условиях православного реабилитационного центра, на протяжении трех месяцев получали антидепрессивную фармакотерапию (циталопрам 40 мг/пор), а 79 человек (контрольная группа) проходили курс реабилитации без фармакотерапевтического сопровождения. Путем семикратных на протяжении полугодового курса реабилитации (на 0-е, 10-е, 30-е, 90-е, 180-е, 360-е и 540-е сутки с момента завершения детоксикации) исследований с использованием шкалы Hamilton-21 оценена динамика аффективного статуса обследованных; а также, путем построения “кривых убытия” Каплан-Мейера, определено влияние антидепрессивной терапии на приверженность пациентов реабилитационной программе. Показано, что даже относительно короткий курс антидепрессивной терапии у больных, зависимых от опиоидов, существенно ускоряет обратное развитие депрессивной симптоматики; а также укрепляет приверженность пациентов этой категории реабилитации. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 76-81).

О.В.Друзь

THERAPY OF AFFECTIVE DISORDERS IN OPIOID ADDICTED PATIENTS, AT THE REHABILITATION STAGE

Main military-medical clinical center “GNCH” (Kiev)

The work purpose is to define possibilities of therapy of affective disorders in opioid addicted patients, at the rehabilitation stage. It is surveyed 176 opioid addicted males, with depressions of different severity level after detoxication: 97 persons (the basic group) in the conditions of orthodox rehabilitation centre, during three months received antidepressive pharmacotherapy (citalopram 40 mg per day) and 79 persons (control group) passed a rehabilitation course without pharmacotherapeutic supports. By sevenfold researches during one-and-a-half-year rehabilitation course (on 0, 10-th, 30-th, 90-th, 180-th, 360-th and 540-th days from the moment of the end of detoxication) the dynamics of the affective status of patients was estimated with use of scale Hamilton-21; and also the influence of antidepressive therapy on adherence of patients to the rehabilitation program was defined by construction “survival curves” Kaplan-Meyer. It is shown, what even rather short course of antidepressive therapy in opioid addicted patients, essentially accelerates return development of depressive symptomatology; and also strengthens adherence of patients of this category to rehabilitation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 76-81).

Література

1. Иванец Н.Н. Антидепрессанты в терапии патологического влечения к психоактивным веществам [Текст] / Н.Н.Иванец – Москва: НИИ наркологии МЗ России, 2000. – 154 с.
2. Винникова М.А. Ремиссии при героиневой наркомании (клиника, этапы течения, профилактика рецидивов). [Текст] / М.А. Винникова. Дис... докт. мед. наук: 14.01.17 / Москва: НИИ наркологии МЗ России.- 2003.-243 с.
3. Самойлова О.С. Комплексна діагностика і фармакотерапевтична корекція афективних розладів внаслідок вживання опіоїдів та психостимуляторів. [Текст] / О.С.Самойлова. Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.27 / Інститут неврології, психіатрії та наркології АМН України.- Харків, 2006.-20 с.
4. Агибалова Т.В. Аффективные расстройства при алкогольной, опиатной и игровой зависимости (клиника и терапия) [Текст] / Т.В.Агибалова Автореф. дис... канд. мед. наук: 14.01.17 // Москва: НИИ наркологии МЗ России.- 2007.-20 с.
5. Воробьева Т.М. Нейробиология патологических влечений: алкоголизма, токсико- и наркоманий [Текст] / Т.М. Воробьева, П.В. Волошин, Л.Н. Пайкова Л.Н. [и др.]. “ Харьков : Основа, 1993. “ 176 с.
6. Гольдрин С.Э. Аффективные нарушения у больных опиоидной наркоманией в структуре опиоидного абстинентного синдрома и во время ремиссии [Текст] / С.Э. Гольдрин // Наркология.-2003.-№9.-С. 44-50.
7. Аймедов К.В. Мотиваційний профіль та афективні порушення при опійній залежності [Текст] / К.В. Аймедов // Вісник психіатрії та психофармакотерапії.-2004.-№2(6).-С. 65-73.
8. Fernandez L. Benzodiazepine addiction and symptoms of anxiety and depression in elderly subjects [Текст] / L. Fernandez, C. Cassagne-Pinel // Encephale.-2001.- Sep-Oct.,№ 27(5).- P. 459-574.
9. Baker T.V. Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement [Текст] / T.V.Baker, M.E.Piper, D.E.McCarthy, M.R.Majeskie, M.C. Fiore // Psychological Review.-2004.- Jan.(1).- P. 33-51.
10. Dannon P. Comorbid psychiatric symptoms in pathological gamblers: anxiety, depression and substance abuse [Текст] / P. Dannon, M. Sason, B. Shalgi, L. Tusan, Y. Sapir, M. Kotler // Harefuah. -2004.- Sep.,№143(9).- P. 643-695.
11. Рохлина М.Л. Аффективные нарушения при героиневой наркомании [Текст] / М.Л.Рохлина, А.А.Козлов, С.О.Мохначев // Вопросы наркологии.-2002. -№1.-С. 20-26.
12. Coelho R. Depression and the severity of substance abuse [Текст] / R.Coelho, R.Rangel, E.Ramos, A.Martins, J.Prata, H. Barros // Psychopathology.- 2000.- May-Jun, №33(3).- P. 103-109.
13. Danielson C.K.. Association of substance abuse and depression among adolescent psychiatric inpatients [Текст] / С.К.Danielson, J.C.Overholser, Z.A. Butt // Canadian Journal of Psychiatry.- 2003.- Dec.,№48(11).- P. 762-797.
14. Синицкий В.Н. Патопсихологическая характеристика развития опиоидного абстинентного синдрома [Текст] / В.Н.Синицкий, Н.А.Стогний, Г.Е.Трофимчук, [та інші] // Архів психіатрії.-2002.- №4(31).-С. 78-81.
15. Литвинцев С.В. Применение оценки неспецифических адаптационных реакций организма при анализе качества ремиссий у больных опиатной наркоманией [Текст] / С.В.Литвинцев, В.К.Шамрей, Н.П. Медведев [та інші] // Наркология.-2003.-№7.-С. 18-20.
16. Balfour D.J. The effects of nicotine on neural pathways implicated in depression: a factor in nicotine addiction? [Текст] / D.J.Balfour, D.L.Ridley // Pharmacology Biochemistry Behavioral.-2000.- May, 66(1). - P. 79-85.
17. Методология социальной реабилитации наркозависимых в церковной общине // Лепта Книга – Москва – 2012. - 144 с.
18. Протокол ведения больных. Реабилитация больных наркоманией (Z.50.3) (утв. приказом Минздрава РФ от 22 октября 2003 г. N 500). 95 с.
19. Основные технологии лечебно-реабилитационной помощи больным наркоманией // Методические рекомендации - Москва - 2009. -28 с.
20. Hamilton M. A rating scale for depression [Текст] / М Hamilton // Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry.-1960.-№23.-P. 56-62.
21. Пишель В.Я. Стандартный инструментальный для скринирования, диагностики депрессии, оценки эффективности лечения [Текст] / В.Я.Пишель, Ю.А.Блажевич // Архів психіатрії.-2001.- №4(27).-С.93-96.
22. Флетчер Р. Клиническая эпидемиология. Основы доказательной медицины. [Текст] / Р.Флетчер, С.Флетчер, Э.Вагнер Пер. с англ. – М. Медиа Сфера, 1998. – 352 с.
23. Гублер Е.В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов. [Текст] / Е.В. Гублер - М., Медицина, 1978. - 294 с.
24. Лапач С.Н., Чубенко А.В., Бабич П.Н. Статистические методы в медико-биологических исследованиях с использованием Excel / С.Н.Лапач, А.В.Чубенко, П.Н.Бабич. – К.: Морион, 2000 – 320 с.

Поступила в редакцию 16.09.2012

УДК 616.89-008.441.13:615.214:612.68"4"

С.Д. Чугай

ДИНАМІКА ПОКАЗНИКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ОСІБ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД АЛКОГОЛЮ В ПРОЦЕСІ ПІДТРИМУВАЛЬНОГО ЛІКУВАННЯ АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»

Ключові слова: якість життя, алкогольна залежність, підтримувальна терапія, антиконвульсанти

Відповідно до сучасних класифікацій, існують різні рівні тяжкості наслідків вживання алкоголю: від умовно безпечного, через ризиковане вживання до залежності від алкоголю. Очевидно, існує континуум станів, пов'язаних з вживанням алкоголю. При цьому кордони між ними досить умовні і, з методологічної точки зору, представляють собою приклад класичного конвенціоналізму, тобто домовленості вчених про положення, строге визначення якого на даному етапі розвитку науки неможливе.

Із сказаного становиться зрозумілим, що будь-яке зниження вживання алкоголю, при будь-якому стані (залежність, вживання із шкідливими наслідками, зловживання тощо) слід розглядати як, безумовно, позитивне явище та, відповідно, як безперечно гідну ціль лікування [1]. Незважаючи на очевидність даного положення, з точки зору повсякденної свідомості, це положення знаменує собою революційний переворот у вітчизняній наркологічній парадигмі, в якій, дотепер, єдиною гідною метою лікування визнається виключно повна відмова від вживання алкоголю.

Нові цілі лікування закономірно потребують нових критеріїв ефективності терапії. Відмова від принципу "все або нічого" створює нові можливості для градуальної оцінки результатів лікування. Більш того, з'явилася можливість кількісного опису динаміки переходу від пияцтва до тверезості.

Сьогодні в рамках доказових мультицентричних досліджень це здійснюється за допомогою таких критеріїв, як: число днів тяжкого пияцтва за певний період часу (наприклад, за останній місяць), динаміка добових доз спожитого алкоголю, кількісні та якісні показники ремісій, показники афективного статусу пацієнта, показники його соціального функціонування і, нарешті, якість його життя. Саме цей показник, за вимогами доказової медицини, є єдиним

критерієм оцінки ефективності терапії, що проводиться у випадках, якщо безпосередньої загрози життю немає.

Різноманітність фармакодинамічних ефектів алкоголю та місць його прикладання до окремих органів та систем організму визначає і багаточисельність мишеней терапевтичних впливів при алкогольній залежності. Набільш перспективними препаратами, в плані формування станів контрольованого вживання алкоголю (тобто часткових та неповних ремісій), представляються антиконвульсанти. Ці засоби мають доведений антикревінговий ефект по відношенню до об'єкту зловживання – алкоголю. Багатьма клінічними дослідженнями показано, що карбамазепін, габапентин та вальпроєва кислота і інші, центральні антиконвульсанти достовірно знижують рівень вживання алкоголю [2-10]. Крім того, в контрольованому мультицентричному дослідженні було показано, що відносно новий антиконвульсант топірамаат також має цей ефект [11]. Його використання протягом 12 тижнів забезпечило достовірне зменшення споживання алкоголю у порівнянні з вихідним рівнем.

Відомо також, що ефект фармакотерапії суттєво залежить від рівня терапевтичної співпраці поміж лікарем та пацієнтом, тобто рівня комплаєнсу. В свою чергу, рівень даного співтовариства може бути суттєво підвищений у випадку використання спеціальних технологій мотивування пацієнта до продовження лікування, наприклад, такої технології, як BRENDA [12].

Виходячи з вищенаведеного, у якості робочої гіпотези дослідження, було обрано припущення, що лікування антиконвульсантами осіб із залежністю від алкоголю (в умовах використання технології BRENDA, яка потенціює комплаєнс) здатно привести до формування ремісій як повних, так і неповних, які будуть супроводжуватися достовірним покращанням якості життя.

Мета дослідження

Шляхом вивчення динаміки якості життя оцінити ефективність підтримувального лікування антиконвульсантами у осіб, залежних від алкоголю.

Матеріал та методи дослідження: в динаміці проведено порівняння 90 чоловіків у віці 22-59 років (середній вік $(42,21 \pm 0,88)$), тривалістю зловживання алкоголем 4-25 років (середня тривалість $(13,40 \pm 0,46)$), з них 60 осіб – у якості підтримувального антикрівінгового лікування отримували вітчизняний антиконвульсант топилепсин у добовій дозі 50 мг ввечері (I група), ще 30 осіб отримували також вітчизняний антиконвульсант карбамазепін у добовій дозі 200 мг ввечері (II група). Фармакотерапія антиконвульсантами при кожному візиті супроводжувалася сеансами психосоціальної підтримки за технологією BRENDA з метою укріплення комплаєнсу та мотивування пацієнтів обох груп до продовження участі в терапевтичній програмі.

Діагностика алкогольної залежності проводи-

лась згідно критеріїв МКХ-10 в процесі використання клініко-психопатологічного методу. Оцінка показника якості життя проводилася за шкалою Mezzich. Протягом періоду спостереження (6 місяців) пацієнти були обстежені п'ятиразово через кожні 28 ± 7 днів: до початку лікування, через місяць, через два місяці, через три місяці та через шість місяців (повна ремісія за МКХ-10). Фармакотерапія антиконвульсантами при кожному візиті супроводжувалася сеансами психосоціальної підтримки за технологією BRENDA з метою укріплення комплаєнсу та мотивування пацієнта до продовження участі в терапевтичній програмі.

Крім того, використовувалися методи математичної статистики, програмні пакети: "Statistica", "SPSS" та обчислювальні таблиці "Excel" з пакету "MS Office 2003"; а також обчислювальні методи розпізнавання якісно різних станів (послідовна процедура Вальда в модифікації Е.В. Гублера).

Отримані результати та їх обговорення

Обстежені обох груп достовірно не відрізнялися ні віком ($43,52 \pm 1,01$ років в I групі проти $39,60 \pm 1,63$ років в II групі), ні тривалістю зловживання алкоголем віком ($13,72 \pm 0,57$ років проти $12,77 \pm 0,8$ років відповідно).

В таблиці 1 та рис. 1-3 наведена динаміка показника якості життя у обстежених обох груп в процесі проведення підтримувального лікування антиконвульсантами та збереження повної, неповної або часткової ремісії.

На 1-му візиті, тобто до початку лікування (таб.1, рис.1-3) обстежені не мали достовірних розбіжностей за такими характеристиками якості життя, як: фізичне благополуччя - ($3,78 \pm 0,10$) в I групі проти ($3,63 \pm 0,10$) в II групі; психологічне благополуччя - ($3,20 \pm 0,08$) проти ($3,07 \pm 0,07$) відповідно; між особиста взаємодія - ($3,75 \pm 0,10$) проти ($3,63 \pm 0,10$) відповідно; духовна реалізація - ($2,90 \pm 0,09$) проти ($3,10 \pm 0,06$) відповідно. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися таких складових показника якості життя як: працездатність ($4,35 \pm 0,11$) проти ($3,67 \pm 0,10$) відповідно ($p < 0,001$); громадська та службова підтримка ($4,10 \pm 0,13$) проти ($3,53 \pm 0,10$) відповідно ($p < 0,01$); загальне сприйняття якості життя ($3,97 \pm 0,09$) проти ($3,50 \pm 0,09$) відповідно ($p < 0,01$); самообслуговування та незалежність в діях ($4,13 \pm 0,10$); в I групі проти ($3,80 \pm 0,10$) в II групі ($p < 0,05$); соціо-емоційна

підтримка ($4,15 \pm 0,16$) проти ($3,60 \pm 0,11$) відповідно ($p < 0,05$); самореалізація ($3,87 \pm 0,10$) проти ($3,53 \pm 0,09$) відповідно ($p < 0,05$). Всі ці показники були достовірно кращі у пацієнтів I групи.

На 2-му візиті, тобто через 1 місяць після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя майже не відрізнялось. Обстежені не мали достовірних розбіжностей майже за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($5,00 \pm 0,11$) в I групі проти ($5,00 \pm 0,11$) в II групі; психологічне благополуччя - ($4,75 \pm 0,13$) проти ($5,00 \pm 0,14$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($5,18 \pm 0,11$); в I групі проти ($5,27 \pm 0,12$) в II групі; працездатність ($5,28 \pm 0,11$) проти ($5,33 \pm 0,14$) відповідно; між особиста взаємодія - ($5,15 \pm 0,14$) проти ($4,80 \pm 0,18$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($4,85 \pm 0,13$) проти ($4,87 \pm 0,14$) відповідно; самореалізація ($5,08 \pm 0,07$) проти ($5,23 \pm 0,12$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($5,12 \pm 0,09$) проти ($5,20 \pm 0,12$) відповідно.

В той же час, достовірні розбіжності стосувалися двох таких складових показника якості життя як: духовна реалізація - ($3,85 \pm 0,10$) проти ($4,70 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$), причому на користь пацієнтів II групи; громадська та службова підтримка ($5,10 \pm 0,13$) проти ($4,70 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,05$), але вже на користь пацієнтів I групи.

Якість життя (за Mezzich) за візитами в групах порівняння (кількісні показники)

| Візит / Шкала | | Значення за шкалою | | | | | | | | | Достов. відмін. (p) |
|---------------|------------|--------------------|-----|-----|-----------|-----|-----|-----------|-----|-----|---------------------|
| | | Група №1* | | | Група №2* | | | Всі разом | | | |
| | | Середн.** | Min | Max | Середн.** | Min | Max | Середн.** | Min | Max | |
| Візит 1 | Шкала № 1 | 3,78±0,10 | 3 | 8 | 3,63±0,10 | 2 | 4 | 3,73±0,07 | 2 | 8 | |
| | Шкала № 2 | 3,20±0,08 | 3 | 7 | 3,07±0,07 | 2 | 4 | 3,16±0,06 | 2 | 7 | |
| | Шкала № 3 | 4,13±0,10 | 3 | 8 | 3,80±0,10 | 2 | 5 | 4,02±0,07 | 2 | 8 | <0,05 |
| | Шкала № 4 | 4,35±0,11 | 3 | 8 | 3,67±0,10 | 2 | 4 | 4,12±0,09 | 2 | 8 | <0,001 |
| | Шкала № 5 | 3,75±0,10 | 3 | 8 | 3,63±0,10 | 3 | 5 | 3,71±0,07 | 3 | 8 | |
| | Шкала № 6 | 4,15±0,16 | 3 | 8 | 3,60±0,11 | 3 | 5 | 3,97±0,12 | 3 | 8 | <0,05 |
| | Шкала № 7 | 4,10±0,13 | 1 | 7 | 3,53±0,10 | 2 | 4 | 3,91±0,10 | 1 | 7 | <0,01 |
| | Шкала № 8 | 3,87±0,10 | 1 | 8 | 3,53±0,09 | 3 | 4 | 3,76±0,07 | 1 | 8 | <0,05 |
| | Шкала № 9 | 2,90±0,09 | 2 | 7 | 3,10±0,06 | 3 | 4 | 2,97±0,06 | 2 | 7 | |
| | Шкала № 10 | 3,97±0,09 | 2 | 8 | 3,50±0,09 | 3 | 4 | 3,81±0,07 | 2 | 8 | <0,01 |
| Візит 2 | Шкала № 1 | 5,00±0,11 | 4 | 10 | 5,00±0,11 | 4 | 7 | 5,09±0,09 | 4 | 10 | |
| | Шкала № 2 | 4,75±0,13 | 3 | 10 | 5,00±0,14 | 3 | 7 | 4,83±0,10 | 3 | 10 | |
| | Шкала № 3 | 5,18±0,11 | 3 | 10 | 5,27±0,12 | 4 | 7 | 5,21±0,08 | 3 | 10 | |
| | Шкала № 4 | 5,28±0,11 | 3 | 8 | 5,33±0,14 | 3 | 7 | 5,30±0,09 | 3 | 8 | |
| | Шкала № 5 | 5,15±0,14 | 4 | 10 | 4,80±0,18 | 3 | 7 | 5,03±0,11 | 3 | 10 | |
| | Шкала № 6 | 4,85±0,13 | 3 | 7 | 4,87±0,14 | 4 | 6 | 4,86±0,10 | 3 | 7 | |
| | Шкала № 7 | 5,10±0,13 | 3 | 9 | 4,70±0,14 | 3 | 6 | 4,97±0,10 | 3 | 9 | <0,05 |
| | Шкала № 8 | 5,08±0,07 | 3 | 7 | 5,23±0,12 | 4 | 7 | 5,13±0,06 | 3 | 7 | |
| | Шкала № 9 | 3,85±0,10 | 1 | 7 | 4,70±0,14 | 3 | 6 | 4,13±0,09 | 1 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 10 | 5,12±0,09 | 3 | 9 | 5,20±0,12 | 4 | 7 | 5,14±0,07 | 3 | 9 | |
| Візит 3 | Шкала № 1 | 5,65±0,09 | 3 | 6 | 4,77±0,16 | 3 | 6 | 5,36±0,09 | 3 | 6 | <0,001 |
| | Шкала № 2 | 5,35±0,09 | 3 | 7 | 4,47±0,16 | 3 | 6 | 5,06±0,09 | 3 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 3 | 5,80±0,11 | 3 | 10 | 4,80±0,13 | 4 | 6 | 5,47±0,10 | 3 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 4 | 6,32±0,11 | 4 | 10 | 4,77±0,13 | 4 | 6 | 5,80±0,12 | 4 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 5 | 5,62±0,10 | 5 | 10 | 4,40±0,16 | 3 | 6 | 5,21±0,10 | 3 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 6 | 5,70±0,07 | 4 | 6 | 4,50±0,16 | 3 | 7 | 5,30±0,09 | 3 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 7 | 5,43±0,09 | 4 | 7 | 4,53±0,15 | 4 | 7 | 5,13±0,09 | 4 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 8 | 6,08±0,11 | 4 | 10 | 4,73±0,14 | 4 | 7 | 5,63±0,11 | 4 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 9 | 4,57±0,11 | 1 | 8 | 4,17±0,14 | 3 | 6 | 4,43±0,09 | 1 | 8 | <0,05 |
| | Шкала № 10 | 5,82±0,08 | 3 | 8 | 4,73±0,14 | 4 | 6 | 5,46±0,09 | 3 | 8 | <0,001 |
| Візит 4 | Шкала № 1 | 6,32±0,10 | 3 | 7 | 4,93±0,12 | 4 | 6 | 5,86±0,11 | 3 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 2 | 6,00±0,07 | 3 | 8 | 4,63±0,13 | 3 | 6 | 5,54±0,09 | 3 | 8 | <0,001 |
| | Шкала № 3 | 6,53±0,09 | 4 | 9 | 4,93±0,12 | 4 | 6 | 6,00±0,11 | 4 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 4 | 6,95±0,08 | 4 | 8 | 4,97±0,12 | 3 | 6 | 6,29±0,12 | 3 | 8 | <0,001 |
| | Шкала № 5 | 6,53±0,11 | 4 | 9 | 4,43±0,12 | 3 | 6 | 5,83±0,13 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 6 | 6,07±0,08 | 4 | 7 | 4,50±0,12 | 3 | 6 | 5,54±0,10 | 3 | 7 | <0,001 |
| | Шкала № 7 | 6,38±0,10 | 4 | 9 | 4,47±0,12 | 3 | 6 | 5,74±0,12 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 8 | 6,78±0,07 | 5 | 9 | 4,90±0,12 | 4 | 6 | 6,16±0,11 | 4 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 9 | 5,17±0,11 | 3 | 8 | 4,27±0,12 | 3 | 6 | 4,87±0,10 | 3 | 8 | <0,001 |
| | Шкала № 10 | 6,58±0,09 | 3 | 8 | 4,90±0,12 | 4 | 6 | 6,02±0,11 | 3 | 8 | <0,001 |
| Візит 5 | Шкала № 1 | 7,52±0,11 | 3 | 9 | 5,13±0,10 | 4 | 6 | 6,72±0,14 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 2 | 7,18±0,12 | 3 | 9 | 4,83±0,12 | 4 | 6 | 6,40±0,15 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 3 | 7,47±0,09 | 4 | 9 | 5,20±0,11 | 4 | 6 | 6,71±0,13 | 4 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 4 | 7,78±0,08 | 5 | 10 | 5,23±0,12 | 4 | 6 | 6,93±0,14 | 4 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 5 | 7,35±0,09 | 4 | 9 | 4,97±0,16 | 4 | 7 | 6,56±0,14 | 4 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 6 | 7,02±0,11 | 3 | 10 | 4,87±0,15 | 4 | 7 | 6,30±0,14 | 3 | 10 | <0,001 |
| | Шкала № 7 | 7,10±0,12 | 3 | 9 | 4,93±0,13 | 4 | 7 | 6,38±0,14 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 8 | 7,40±0,10 | 3 | 8 | 5,23±0,11 | 4 | 7 | 6,68±0,13 | 3 | 8 | <0,001 |
| | Шкала № 9 | 6,13±0,14 | 3 | 9 | 4,50±0,10 | 4 | 6 | 5,59±0,13 | 3 | 9 | <0,001 |
| | Шкала № 10 | 7,55±0,12 | 2 | 10 | 5,20±0,12 | 4 | 7 | 6,77±0,15 | 2 | 10 | <0,001 |

Примітки: *- Група №1 – хворі, що одержували топілеспін; група №2 – хворі, що одержували карбамазепін.
 ** - Середні значення подані у форматі "середня арифметична ± стандартна похибка середньої арифметичної (M±m)"

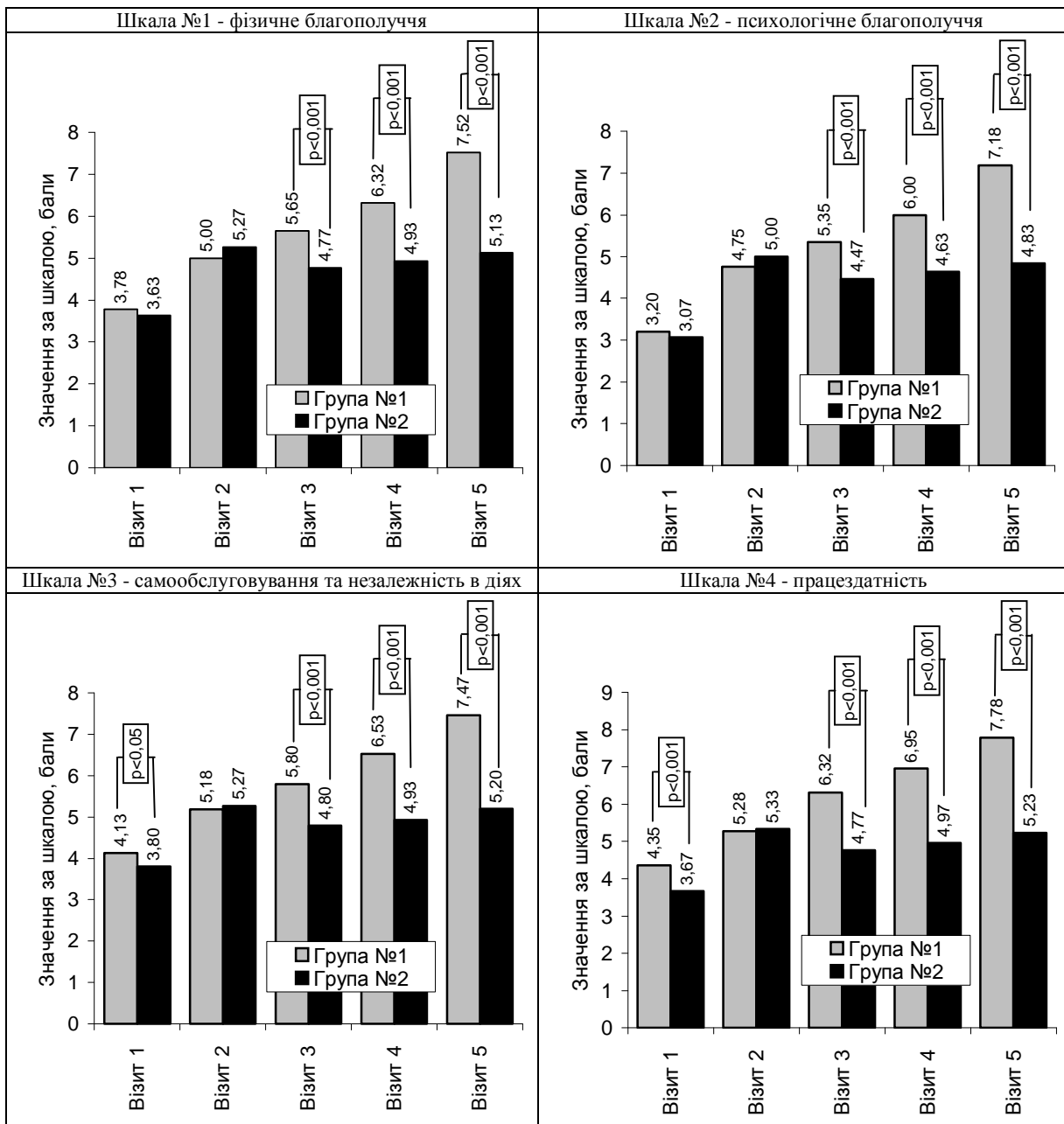


Рис. 1 – Якість життя за шкалами Mezzich №1-4 в групах порівняння

На 3-му візиті, тобто через 2 місяця після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя достовірно відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($5,65 \pm 0,09$) в I групі проти ($4,77 \pm 0,16$) в II групі ($p < 0,001$); психологічне благополуччя - ($5,35 \pm 0,09$) проти ($4,47 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); самообслуговування та незалежність в діях ($5,80 \pm 0,11$) проти ($4,80 \pm 0,13$) відповідно ($p < 0,001$); працездатність ($6,32 \pm 0,11$) проти

($4,77 \pm 0,13$) відповідно ($p < 0,001$); між особиста взаємодія - ($5,62 \pm 0,10$) проти ($4,40 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); соціо-емоційна підтримка ($5,70 \pm 0,07$) проти ($4,50 \pm 0,16$) відповідно ($p < 0,001$); громадська та службова підтримка ($5,43 \pm 0,09$) проти ($4,53 \pm 0,15$) відповідно ($p < 0,001$); самореалізація ($6,08 \pm 0,11$) проти ($4,73 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$); духовна реалізація - ($4,57 \pm 0,11$) проти ($4,17 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,05$); загальне сприйняття якості життя ($5,82 \pm 0,08$) проти ($4,73 \pm 0,14$) відповідно ($p < 0,001$).

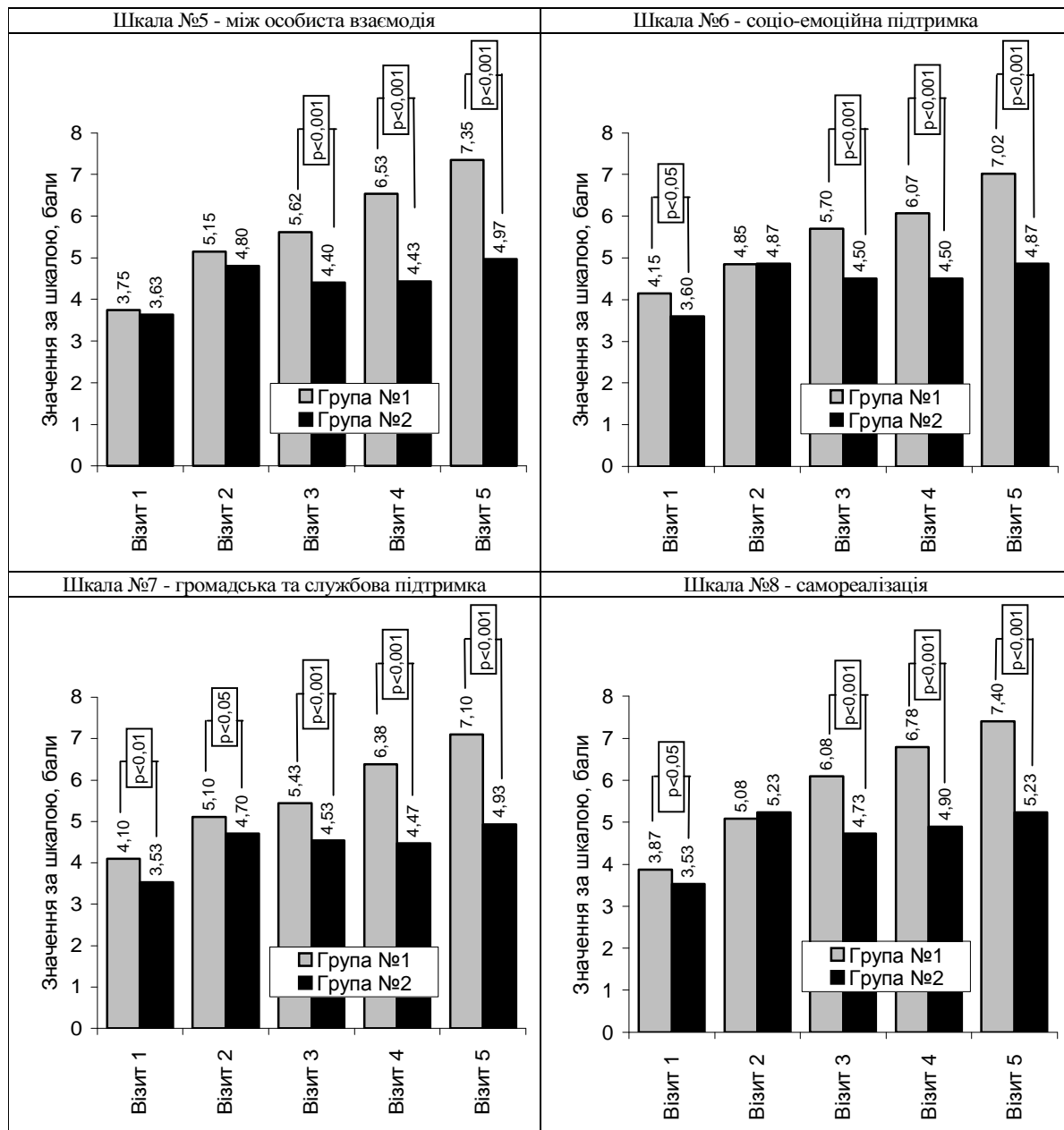


Рис. 2 – Якість життя за шкалами Mezzich №5-8 в групах порівняння

На 4-му візиті, тобто через 3 місяці після початку лікування (таб. 1, рис. 1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя також відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p < 0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($6,32 \pm 0,10$) в I групі проти ($4,93 \pm 0,12$) в II групі; психологічне благополуччя - ($6,00 \pm 0,07$) проти ($4,63 \pm 0,13$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($6,53 \pm 0,09$) проти ($4,93 \pm 0,12$) відповідно; пра-

цездатність ($6,95 \pm 0,08$) проти ($4,97 \pm 0,12$) відповідно; між особиста взаємодія - ($6,53 \pm 0,11$) проти ($4,43 \pm 0,12$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($6,07 \pm 0,08$) проти ($4,50 \pm 0,12$) відповідно; громадська та службова підтримка ($6,38 \pm 0,10$) проти ($4,47 \pm 0,12$) відповідно; самореалізація ($6,78 \pm 0,07$) проти ($4,90 \pm 0,12$) відповідно; духовна реалізація - ($5,17 \pm 0,11$) проти ($4,27 \pm 0,12$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($6,58 \pm 0,09$) проти ($4,90 \pm 0,12$) відповідно.

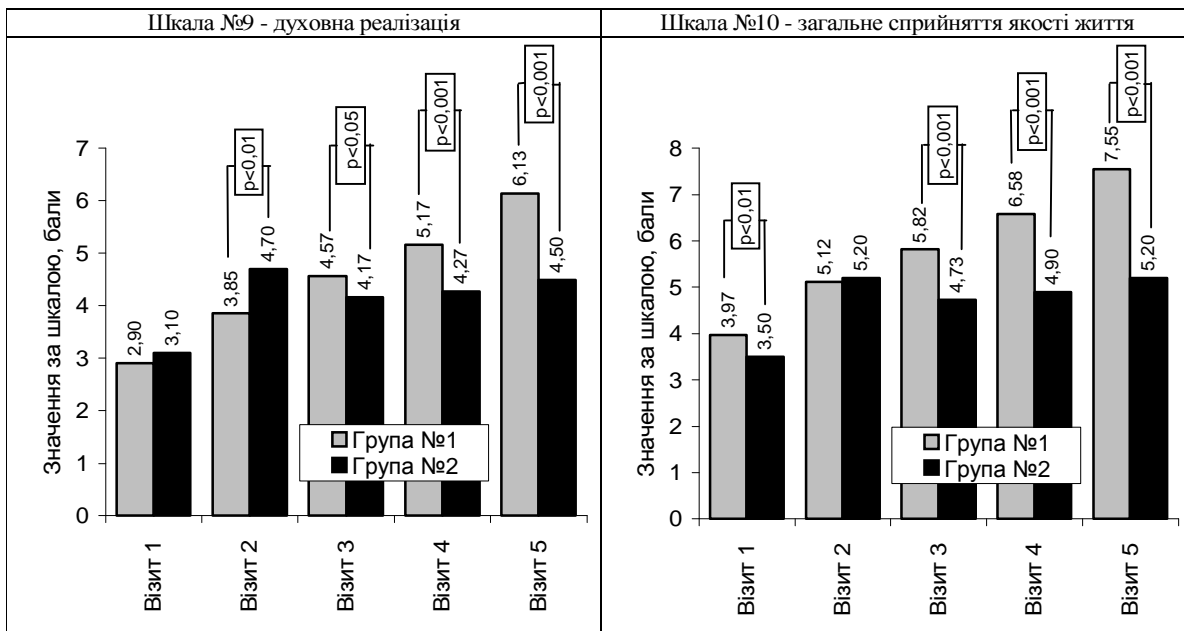


Рис. 3 – Якість життя за шкалами Mezzich №9-10 в групах порівняння

На 5-му візиті, тобто через 6 місяців після початку лікування (таб.1, рис.1-3) сприйняття пацієнтами якості свого життя також відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p < 0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне благополуччя - ($7,52 \pm 0,11$) в I групі проти ($5,13 \pm 0,10$) в II групі; психологічне благополуччя - ($7,18 \pm 0,12$) проти ($4,83 \pm 0,12$) відповідно; самообслуговування та незалежність в діях ($7,47 \pm 0,09$) проти ($5,20 \pm 0,11$) відповідно; працездатність ($7,78 \pm 0,08$) проти ($5,23 \pm 0,12$) відповідно; між особиста взаємодія - ($7,35 \pm 0,09$) проти ($4,97 \pm 0,16$) відповідно; соціо-емоційна підтримка ($7,02 \pm 0,11$) проти ($4,87 \pm 0,15$) відповідно; громадська та службова підтримка ($7,10 \pm 0,12$) проти ($4,93 \pm 0,13$) відповідно; самореалізація ($7,40 \pm 0,10$) проти ($5,23 \pm 0,11$) відповідно; духовна реалізація - ($6,13 \pm 0,14$) проти ($4,50 \pm 0,10$) відповідно; загальне сприйняття якості життя ($7,55 \pm 0,12$) проти ($5,20 \pm 0,12$) відповідно.

Наступним етапом роботи буде порівняння якості життя пацієнтів в процесі підтримувального лікування антиконвульсантами в залежності від динаміки споживання алкоголю в умовах збереження неповної або часткової ремісії.

Висновки

1. Обстежені обох груп на початку лікування достовірно не відрізнялися ні за віком ні за тривалістю зловживання алкоголем віком, ні за такими складовими якості життя, як фізичне та психологічне благополуччя, рівень між особистої взаємодії та духовної реалізації. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися таких скла-

дових показника якості життя як: працездатність, громадська та службова підтримка, загальне сприйняття якості життя, самообслуговування та незалежність в діях, соціо-емоційна підтримка та самореалізація на користь пацієнтів I групи.

2. Через 1 місяць після початку лікування сприйняття пацієнтами обох груп якості свого життя майже не відрізнялось. Обстежені не мали достовірних розбіжностей за більшістю характеристик якості життя, а саме: фізичне та психологічне благополуччя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, між особиста взаємодія, соціо-емоційна підтримка, самореалізація та загальне сприйняття якості життя. В той же час, достовірні розбіжності стосувалися двох таких складових показника якості життя як: духовна реалізація, причому на користь пацієнтів II групи; громадська та службова підтримка на користь пацієнтів I групи.

3. Через 2 місяця після початку лікування сприйняття пацієнтами якості свого життя достовірно відрізнялось на користь пацієнтів I групи. Обстежені мали достовірні розбіжності ($p < 0,001$) за всіма характеристиками якості життя: фізичне та психологічне благополуччя, самообслуговування та незалежність в діях, працездатність, між особиста взаємодія, соціо-емоційна підтримка, громадська та службова підтримка, самореалізація, духовна реалізація, загальне сприйняття якості життя.

4. Через 3 та відповідно 6 місяців після початку лікування зберігається теж саме сприйняття свого життя, яке відмічалось вже на 2-му місяці тверезості.

С. Д. Чугай

**ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ
АЛКОГОЛЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДДЕРЖИВАЮЩЕГО ЛЕЧЕНИЯ
АНТИКОНВУЛЬСАНТАМИ**

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Обследовано в динамике 90 мужчин с зависимостью от алкоголя, которые после проведения основного стандартного лечения были переведены на амбулаторное поддерживающее лечение антиконвульсантами. Одна группа получала топирамидин, вторая – карбамазепин. Пациентам обеих групп один раз в месяц для повышения комплаенса проводилась технология BRENDA. Проведена оценка эффективности поддерживающего лечения с помощью показателя качества жизни. Показано, что пациенты, получавшие топирамидин, достоверно лучше воспринимают качество своей жизни, чем пациенты, получавшие карбамазепин. Достоверные различия появляются уже через 2 месяца ремиссии и сохраняются на протяжении срока наблюдения (6 месяцев – полная ремиссия). (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 82-88).

S.D. Chugay

**DYNAMICS OF INDEX OF QUALITY OF LIFE AT PERSONS WITH DEPENDENCE ON
ALCOHOL IN THE PROCESS OF SUPPORTING MEDICAL TREATMENT
ANTICONVULSANTS**

State institution “Institute of neurology, psychiatry and narcology of the National Academia of medical of sciences Ukraine”

90 Men with dependence on an alcohol are inspected in a dynamics, which after conducting of basic standard medical treatment were translated into the ambulatory supporting medical treatment of anticonvulsants. One group got topiramate, second – carbamazepine. To the patients of both groups one time in a month for the rise of compliance the BRENDA technology was conducted. Estimation of efficiency of supporting medical treatment by the index of quality of life is conducted. It is shown, that patients, getting topiramate, for certain better perceive quality of the life, than patients, getting carbamazepine. Reliable distinctions appear already in 2 months of remission and are saved during the term of supervision (6 months – complete remission). (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 82-88).

Література

1. Гарбутт Дж.С., Гасфренд Д.Р., Петтинати Х.М., Форман Р.Ф. Снижение уровня потребления алкоголя как результат терапии алкогольной зависимости. Вопросы наркологии, 2009.-N 4.-С.81-95.
2. Malcolm R., Myrick H., Brady K.T., Ballenger J.C. Update on anticonvulsants for the treatment of alcohol withdrawal. Am J Addict. 2001;10 Suppl:16-23.
3. Malcolm R., Ballenger J.C., Sturgis E.T., Anton R. Doubleblind controlled trial comparing carbamazepine to oxazepam treatment of alcohol withdrawal. Am J Psychiatry. 1989;146:617-21.
4. Stuppaeck C., Pycha R., Miller C., Whitworth A., Oberbauer H., Fleischhacker W. Carbamazepine versus oxazepam in the treatment of alcohol withdrawal: a double-blind study. Alcohol Alcohol. 1992;27:153-8.
5. Kranzler H.R., Bauer L.O., Hersh D., Klingenhoffer V. Carbamazepine treatment of cocaine dependence: a placebo-controlled trial. Drug Alcohol Depend. 1995;38:203-11.
6. Mueller T.I., Stout R.L., Rudden S., et al. A double-blind, placebo-controlled pilot study of carbamazepine for the treatment of alcohol dependence. Alcohol Clin Exp Res. 1997;21:86-92.
7. Malcolm R., Myrick H., Roberts J., Wang W., Anton R.F., Ballenger J.C. The effects of carbamazepine and lorazepam on single versus multiple previous alcohol withdrawals in an outpatient randomized trial. J Gen Intern Med. 2002 May;17(5):349-55.
8. Sullivan J.T., Sykora K., Schneiderman J., Naranjo C.A., Sellers E.M. Assessment of alcohol withdrawal: the revised clinical institute withdrawal assessment for alcohol scale (CIWA-Ar). Br J Addict. 1989 Nov;84(11):1353-7.
9. Brady KT, Myrick H, Henderson S, Coffey SF. The use of divalproex in alcohol relapse prevention: a pilot study. Drug Alcohol Depend. 2002 Aug 1; 67(3):323-30.
10. McRae AL, Brady KT, Sonne SC. Alcohol and substance abuse. Med Clin North Am. 2001 May; 85(3):779-801.
11. Johnson BA, Ait-Daoud N, Bowden CL, DiClemente CC, Roache JD, Lawson K, Javors MA, Ma JZ (2003). Oral topiramate for treatment of alcohol dependence: a randomised controlled trial. Lancet 361: 1677-1685.
12. Starosta, A.N., Leeman, R.F., & Volpicelli, J.R.(2006). The BRENDA model: integrating psychosocial treatment and pharmacotherapy for the treatment of alcohol use disorders. Journal of Psychiatric Practice, 12(2), 80-89.

Поступила в редакцию 18.09.2012

УДК 616.89-008.441.13-008.441.44:159.96

*В.И. Пономарёв***МОТИВАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С СИНДРОМОМ ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ**

Харьковский национальный университет имени В.Н. Каразина

Ключевые слова: суицидальная мотивация, суицид, модели суицидального поведения, зависимость от алкоголя, половые особенности суицидальной мотивации

Алкоголизм и связанная с ним повышенная смертность – все более обостряющаяся, тревожная проблема, болезненно значимая для всего мира и для нашей страны [1–3]. Одной из наиболее трагических ее составляющих является насильственная смертность в результате различного рода аутоагрессивных и агрессивных действий, отравлений и несчастных случаев. В популяции больных алкоголизмом насильственная смерть составляет 25,00% по сравнению с 7,40% у лиц общей популяции, а суицидальная смертность колеблется от 7,00 до 15,00% по самым приблизительным данным наркологического учета [4]. Среди популяции суицидентов доля больных алкоголизмом составляет от 30–43,00% до 60,00% [5], причем наибольшее число суицидальных смертей приходится на мужчин среднего возраста [6]. Уже ставшее классическим, исследование жизненного риска совершения суицида свидетельствует о том, что при алкоголизме этот риск составляет 7,00%, что превышает соответствующий показатель у больных с аффективными расстройствами (6,00%) и шизофренией (4,00%) [7].

Анализ суицидального поведения лиц с синдромом зависимости от алкоголя не может считаться полным без исследования его мотивационных аспектов. Мотив – активное состояние психики, побуждающее индивид к деятельности. Всякое человеческое действие имеет не только субъективное значение, но и субъективный личностный смысл, т.е. отношение мотивации

к его цели (А.Н. Леонтьев, 1979). В настоящее время сложилось представление о суицидальной мотивации, выработанное на основе общепсихологического положения, как о многоаспектном и структурно сложном, и динамично-напряженном феномене [8]. Система мотивов при суицидальном поведении всегда находится в напряженной динамике. В ней происходит борьба витальных и антивитальных, деструктивных мотивов, которые базируются на личностной установке, причем последствия этой борьбы непредсказуемы. В одном случае может победить витальный мотив (ощущение долга перед родными, детьми), тогда развитие суицидального поведения приостанавливается и даже прекращается вовсе. И наоборот, какое-нибудь событие, может сыграть роль детонатора и подтолкнуть к осуществлению намерения покончить с жизнью [8].

Проведенный анализ литературных источников показал, что работы, посвященные изучению системы мотивов при суицидальном поведении у лиц с зависимостью от алкоголя достаточно редки. Отсутствуют данные о специфике суицидальной мотивации у лиц разного пола. Все вышесказанное делает актуальным изучение суицидального поведения у лиц зависимых от алкоголя в целом, и мотивационных аспектов такого поведения, в частности.

Целью работы явилось изучение структуры суицидальной мотивации у мужчин и женщин с синдромом зависимости от алкоголя (F10.2) в сравнительном аспекте.

Материал и методы исследования

В исследовании принимали участие 86 пациентов с синдромом зависимости от алкоголя, совершившие незавершенную попытку самоубийства. Из них были сформированы две подгруппы сравнения:

1. Первую подгруппу составили 42 женщины с признаками зависимости от алкоголя (F10.2 по критериям МКБ–10) и суицидальным поведением.
2. Вторая подгруппа объединила 44 мужчи-

ны с признаками зависимости от алкоголя (F10.2 по критериям МКБ–10) и наличием суицидального поведения.

Контрольную группу составили 30 мужчин с признаками зависимости от алкоголя (F10.2 по критериям МКБ–10) без суицидального поведения в анамнезе. Все пациенты находились на лечении в ХОНД, ХОКНБ, были жителями Харькова и Харьковской области.

Основной метод исследования – клинико-психопатологический. Верификация болезненного состояния (нозологическая диагностика) проводилась в соответствии с диагностическими критериями МКБ–10. Также осуществлялось экспериментально-психологическое исследование. Оценка суицидального поведения испытуемых в подгруппах сравнения проводилась в соответствии с рекомендациями «Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения» [9]. Основным исследовательским инструментом являлся Тест «Суицидальная мотивация» Ю.Р. Вагина [9]. Данный тест позволил выявить и количественно оценить 7 основных мотивационных аспектов суицидального поведения, а именно:

1. Альтруистическую мотивацию (смерть ради других);
2. Анемическую мотивацию (потеря смысла жизни);
3. Анестетическую мотивацию (невыносимость страданий);
4. Инструментальную мотивацию (манипуляция другими);
5. Аутопунитическую мотивацию (самонаказание);
6. Гетеропунитическую мотивацию (наказание других);
7. Поствитальную мотивацию (надежда на что-то лучшее после смерти).

Тест состоял из 35 наиболее типичных утверждений, характерных для лиц с суицидальными тенденциями. Каждому из вышеприведенных мотивационных комплексов соответствовало

пять высказываний.

Номера высказываний в тесте, соответствующие каждому комплексу:

1. Альтруистическая – 1,8,15,22,29;
2. Анемическая – 2,9,16,23,30;
3. Анестетическая – 3,10,17,24,31;
4. Инструментальная – 4,11,18,25,32;
5. Аутопунитическая – 5,12,19,26,33;
6. Гетеропунитическая – 6,13,20,27,34;
7. Поствитальная мотивация – 7,14,21,28,35.

После получения информированного согласия, с целью исследования суицидальных мотивационных комплексов все пациенты заполняли опросник, содержащий стандартные высказывания, используя для этого 4 варианта ответа:

- 1) «да» – в том случае, если испытуемый полностью согласен с утверждением, предложенным ему;
- 2) «частично» – если высказывание не полностью соответствует переживаниям испытуемого;
- 3) «сомневаюсь» – если испытуемый не уверен, что данное высказывание соответствует его переживаниям;
- 4) «нет» – если испытуемый уверен, что данное высказывание не соответствует его переживаниям.

Каждый из вариантов ответа оценивался количественно в баллах: «да» – в 3 балла, «частично» – в 2 балла, «сомневаюсь» – 1 балл, «нет» – 0 баллов. Общая сумма баллов по всем 5 высказываниям, относящимся к одному из мотивационных комплексов, определяла выраженность данного комплекса. Максимальная выраженность равнялась соответственно, 15 баллов, минимальная – 0 баллов.

На основании количественных показателей по каждой из 7 шкал строился график, позволяющий наглядно отобразить спектр суицидальной мотивации у данного конкретного пациента, и на этом основании судить о выраженности суицидальных тенденций. Полученные в ходе исследования данные обрабатывались методами математической статистики.

Результаты исследования и их обсуждение

Распределение испытуемых по полу и возрастному интервалу представлено в табл. 1. Из табл.1, следует, что основная клиническая группа была гетерогенна по половому признаку (все испытуемые в первой подгруппе относились к женскому, а во второй – к мужскому полу) и гомогенна по диагностическому критерию (наличие унифицированных признаков

синдрома зависимости от алкоголя), а также по преобладающему возрастному интервалу (большинство испытуемых первой и второй подгрупп относились к среднему возрасту – 33-41 год). Общим сквозным признаком во всех подгруппах сравнения являлось наличие суицидального поведения (незавершенного суицидального акта).

Распределение пациентов с признаками зависимости от алкоголя (F10.2) и наличием суицидального поведения по группам, полу и возрастному интервалу

| Показатель | Группы сравнения | | | | | | | |
|---------------------------|------------------------------------|-----------|------------------|-----------|--------------|-----------|---------------------------|-----------|
| | Основная клиническая группа (n=86) | | | | Всего: | | Контрольная группа (n=30) | |
| | I группа (n=42) | | II группа (n=44) | | | | | |
| | абс.ч., чел. | отн.ч., % | абс.ч., чел. | отн.ч., % | абс.ч., чел. | отн.ч., % | абс.ч., чел. | отн.ч., % |
| Пол | 42 | 48,84 | 44 | 51,16 | 86 | 100 | 30 | 100 |
| | женский | | мужской | | 86 | 100 | мужской | |
| | 42 | 48,84 | 44 | 51,16 | | | 30 | 100 |
| Возрастной интервал (лет) | | | | | | | | |
| 17 – 20 | 4 | 9,52 | 1 | 2,28 | 5 | 5,81 | – | – |
| 21 – 23 | 7 | 16,67 | 4 | 9,09 | 11 | 12,79 | 14 | 46,67 |
| 24 – 27 | 3 | 7,14 | 4 | 9,09 | 7 | 8,14 | 10 | 33,33 |
| 28 – 32 | 3 | 7,14 | 5 | 11,36 | 8 | 9,30 | 6 | 20,00 |
| 33 – 37 | 15 | 35,72 | 6 | 13,64 | 21 | 24,42 | – | – |
| 38 – 41 | 7 | 16,67 | 18 | 40,90 | 25 | 29,06 | – | – |
| 42 – 46 | 3 | 7,14 | 4 | 9,09 | 7 | 8,14 | – | – |
| 47 – 49 | – | – | 2 | 4,55 | 2 | 2,33 | – | – |

Самый высокий процент женщин был отмечен в возрастной группе 33-37 лет (35,72%). Также значительное число женщин было выявлено в возрастных группах 38-41 (16,67%) и 21-23 года (16,67%), что позволило сделать вывод о том, что большинство пациентов первой подгруппы основной группы (52,39%) относились к среднему (33-41 год) возрасту.

Самый высокий процент мужчин был отмечен в возрастной группе 38-41 год (40,90%); зна-

чительное число мужчин (13,64%) было отмечено в возрастной группе 33-37 лет, т.е. большинство пациентов второй подгруппы основной группы (54,54%) находилось в среднем возрасте (33-41 год). Большинство пациентов контрольной группы находились в возрастном интервале 21-23 лет, т.е. в молодом возрасте.

Распределение суицидальной мотивации у пациентов основной группы отражены в табл. 2.

Таблица 2

Распределение суицидальной мотивации у пациентов основной группы

| Суицидальная мотивация | Пациенты, зависимые от алкоголя с суицидальным поведением | | | |
|------------------------|---|-----------|---------------|-----------|
| | женщины, n=42 | | мужчины, n=44 | |
| | абс.ч., чел. | отн.ч., % | абс.ч., чел. | отн.ч., % |
| Альтруистическая | – | – | – | – |
| Анемическая | 12 | 28,57 | 20 | 45,45 |
| Анестетическая | 2 | 4,76 | 5 | 11,36 |
| Инструментальная | 11 | 26,19 | – | – |
| Аутопунитическая | 2 | 4,76 | 19 | 43,18 |
| Гетеропунитическая | 10 | 23,81 | – | – |
| Поствиталяная | 5 | 11,90 | – | – |

Из данных табл. 2 следует, что в контингенте лиц с клиническими признаками зависимости от алкоголя и суицидальным поведением (незавершенный суицидальный акт) были выявлены практически все стандартные суицидальные мотивации (кроме альтруистической, которая не встречалась ни в одном случае). Спектр суицидальных мотиваций был достоверно разнообразнее ($p < 0,01$) у женщин.

В суицидальной мотивационной структуре у мужчин наиболее часто встречались анемическая (45,45%) и аутопунитическая (43,18%) мо-

тивации при доминировании анемической, которая отражает переживаемую личностью утрату смысла жизни. В суицидальной мотивационной структуре у женщин наиболее часто встречались анемическая (28,57%), инструментальная (26,19%) и гетеропунитическая (23,81%) мотивации. В структуре суицидальных мотиваций у женщин также доминировала анемическая мотивация (28,57%). Обращает на себя внимание высокий совокупный процент (50,00%) в мотивационной структуре у женщин инструментальной и гетеропунитической суицидальной мо-

вации. В контрольной группе признаков суицидальной мотивации установлено не было.

Из данных, приведенных в табл. 2, следует, что суицидальная активность суицидентов с зависимостью от алкоголя вне зависимости от фактора пола, может быть реализована по множеству мотивов, т.е. является полимотивированной. Соответственно установленной экспериментальным путем ведущей суицидальной мотивации в контингенте суицидентов с зависимостью от алкоголя, недифференцированном по признаку пола, можно выделить следующие мотивационные модели суицидального поведения: анемическую, аутопунитическую, анестетическую, инструментальную, гетеропунитическую, поствитальную и аутопунитическую. Каждая из этих мотивационных схем является относительно автономной.

В суицидальном поведении мужчин с зависимостью от алкоголя наиболее широко представлены анемические и аутопунитические схемы суицидального поведения (их совокупная доля достигает 88,63%); в суицидальном поведении у женщин наиболее широко представлены анемические, инструментальные и гетеропунитические модели (их совокупная доля достигает 78,57%).

Выводы.

1. Суицидальное поведение достоверно чаще встречается у мужчин с синдромом зависимости от алкоголя и достоверно чаще у мужчин сред-

него возраста ($p < 0,05$).

2. Суицидальное поведение как у женщин, так и у мужчин с алкогольной зависимостью является полимотивированным, а суицидальный мотивационный спектр у женщин достоверно шире, чем у мужчин ($p < 0,01$).

3. Преобладающая суицидальная мотивация значимо модифицирует поведенческий модус, что позволяет в контингенте лиц с зависимостью от алкоголя доказательно выделить 6 моделей суицидального поведения: анемическую, аутопунитическую, анестетическую, инструментальную, гетеропунитическую, поствитальную и аутопунитическую.

4. Общей и самой распространенной суицидальной моделью у мужчин и женщин является анемическая, которая отражает переживаемую личностью утрату смысла жизни (установлена у 37,01%, при $n=86$).

5. Характерными для женского контингента являются инструментальная и гетеропунитическая суицидальные поведенческие модели, которые коннотируют с оказанием давления на микросоциальное окружение (значимого другого) и актом «наказания значимого другого» (установлены у 50,00% женской части контингента, $n=42$).

Все установленные в ходе исследования закономерности были использованы как для оптимизации лечебного процесса, так и при построении превенционных алгоритмов.

В.І. Пономарьов

МОТИВАЦІЙНІ АСПЕКТИ ФОРМУВАННЯ СУІЦИДАЛЬНОЇ ПОВЕДІНКИ У ОСІБ З СИНДРОМОМ ЗАЛЕЖНОСТІ ВІД АЛКОГОЛЮ

Харківський національний університет імені В.Н. Каразіна

З метою вивчення структури суїцидальної мотивації у чоловіків та жінок з синдромом залежності від алкоголю (F10.2) в порівняльному аспекті було обстежено 86 пацієнтів з синдромом залежності від алкоголю, які здійснили незавершену спробу самогубства.

Результати дослідження показали, що суїцидальна поведінка достовірно частіше зустрічається у чоловіків з синдромом залежності від алкоголю та достовірно частіше у чоловіків середнього віку ($p < 0,05$). Суїцидальна поведінка як у жінок, так і у чоловіків з алкогольною залежністю є полімотивованою, а суїцидальний мотиваційний спектр у жінок достовірно ширше, ніж у чоловіків ($p < 0,01$). Всі встановлені в ході дослідження закономірності можуть бути використані для оптимізації лікувального процесу та при побудові превенційних алгоритмів. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 89-93).

V.I. Ponomaryov

MOTIVATION ASPECTS OF SUICIDAL BEHAVIOUR FORMATION IN PATIENTS WITH ALCOHOL DEPENDENCE SYNDROME

V.N. Karasin Kharkiv National University

In order to study the structure of suicidal motivation in men and women with alcohol dependence syndrome (F10.2) 86 patients with alcohol dependence syndrome who had committed an incomplete suicidal attempt have been examined in comparative aspect.

The results of the survey showed, that suicidal behavior is observed reliably more often in men with alcohol dependence syndrome and reliably more often in men of middle age ($p < 0,05$). Suicidal behavior in men and women with alcohol dependence syndrome is polymotivated, and suicidal motivation spectrum in women is reliably wider than in men ($p < 0,01$). All the laws revealed in the process of investigation can be used for optimization of treatment and development of algorithms of prevention. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 89-93).

Литература

1. Шустов, Д.И. Аутоагрессия, суицид и алкоголизм [Текст] / Д.И. Шустов. – М.: «Когито-Центр», 2004. – 214с.
2. Лінський, І.В. Аналіз епідеміологічної ситуації в Україні у зв'язку з вживанням психоактивних речовин [Текст] / І.В. Лінський // Довженківські читання: Актуальні питання соціальної і клінічної наркології: Матеріали ІХ-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої 90-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка, 2008 р. – Харків, 2008. – С.239–241.
3. Артемчук, А.Ф. Проблема аддиктивних расстройств в психиатрии и наркологии [Текст] / А.Ф. Артемчук // Довженківські читання: Реалістичні цілі лікування та якість життя хворих наркологічного профілю: Матеріали ХІ-ї Української науково-практичної конференції з участю міжнародних спеціалістів, присвяченої 90-й річниці з дня народження Заслуженого лікаря України, Народного лікаря СРСР О.Р. Довженка, 2010 р. – Харків, 2010. – С.15–16.
4. Пелипас, В.Е. Смертность больных алкоголизмом (по данным сплошного эпидемиологического исследования в г.Москва) [Текст] / В.Е. Пелипас, Л.Д. Мирошниченко, Б.П. Калачев [и др.] // Материалы 12 съезда психиатров России. – М., 1995. – С.804–805.
5. Амбрумова, А.Г. О ситуационных реакциях у подростков в суицидологической практике [Текст] / А.Г. Амбрумова, Е.М. Вроно // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1985, вып. 10. – С.1557–1560.
6. Жариков, Н.М. Самоубийства в Российской Федерации как социопсихиатрическая проблема [Текст] / Н.М. Жариков, А.Е. Иванова, Д.Б. Анискин [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. – 1997, вып. 6. – С.9–15.
7. Inskip Н.М. Life time risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia [Text] / Н.М. Inskip [et al.] / Brit. J. of Psychiatry. – 1998. – Vol. 172. – P.35–37.
8. Леонов, С.Ф. Клінічні особливості мотивації аутоагресивної поведінки жінок, хворих на параноїдну шизофренію із безперервним перебігом [Текст] / С.Ф. Леонов // Український вісник психоневрології. – 2002. – Т.10, вип. 3 (32). – С.39–41.
9. Ласый, Е.В. Оценка суицидального риска и профилактика суицидального поведения [Текст] / Е.В. Ласый. – Минск, Белорусская медицинская академия последипломного образования, 2009. – 46с.

Поступила в редакцию 14.06.2012

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК: 616.89-008.441.3-079.4

*А.В. Абрамов***ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ЭКСПРЕСС-ТЕСТА ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ НАРКОТИКОВ ПРИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОМ ОТБОРЕ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: экспресс-тест для определения наркотиков, профессиональный отбор

В современном обществе все большую озабоченность вызывает проблема распространения наркомании. Уровень ее распространенности среди различных социальных и возрастных слоев общества стал представлять реальную угрозу не только здоровью населения, но и национальной безопасности. Только за последние 10 лет уровень распространенности наркомании среди подростков возрос в 17 раз. По официальным данным число лиц, потребляющих психоактивные вещества, достигает 450 тысяч. По мнению экспертов за медицинской помощью обращаются не более 10 % страдающих наркоманией. По данным Всемирной организации здравоохранения фактически на медицинский учет ставится каждый 50-й из числа употребляющих наркотики. Таким образом, можно предполагать наличие в стране 9-12 млн. таких лиц.

Официальные данные об уровне распространенности наркотоксикоманий среди сотрудников режимных учреждений, имеющих доступ к оружию, отсутствуют. Однако специалистам, занимающимся вопросами профотбора в такие подразделения, доподлинно известно о наличии проблемы наркотизации среди кандидатов на службу. Информация о немедицинском употреблении наркотических средств среди таких лиц является наиболее часто скрываемой [8].

По данным литературы, показатель доли выявления случаев приема наркотиков в немедицинских целях у кандидатов в режимные учреждения довольно высок и достигает 50%. Как правило, это подростки и молодые люди в возрасте 18-20 лет [1]. Столь высокий показатель указывает на необходимость максимально полного охвата данной категории кандидатов теми или иными видами обследований на предмет употребления наркотических средств.

Одним из способов выявления лиц употребляющих наркотические препараты при проведении медицинского отбора в режимные подразделения является иммунохроматографический экспресс-тест (ИХА). Это сравнительно молодой метод анализа, он часто обозначается в литературе также как метод сухой иммунохимии, стрип-тест, QuikStrip cassette, QuikStrip dipstick, экспресс-тест или экспресс-анализ. Эти названия связаны с быстротой проведения этого метода анализа. Все иммунологические методы анализа основаны на реакции “антиген - антитело”. Антиген - это вещество, которое узнается нашим организмом как чужеродное и которое может запускать иммунную (защитную) реакцию. Антитела - это белки, которые образуются клетками нашего организма в ответ на внедрение в него антигена. Наиболее важным свойством антител является их способность специфически связываться с антигеном. Это означает, что каждое антитело узнает и связывается только с определенным антигеном. На этой уникальной особенности антител и основаны все иммунологические методы анализа, в том числе и ИХА [2-7].

При погружении теста в физиологическую жидкость она начинает мигрировать вдоль полоски по принципу тонкослойной хроматографии (отсюда и название - ИХА). Вместе с жидкостью двигаются антитела с красителем. Если в этой жидкости присутствует исследуемый антиген, то происходит его связывание, как с первым, так и со вторым типом антител. При этом происходит накопление антител с красителем вокруг антител, жестко иммобилизованных в тест-зоне ИХА-полоски, что проявляется в виде яркой темной полосы. Не связавшиеся антитела с красителем мигрируют далее вдоль полоски и неизбежно взаимодействуют с вторичными антителами в контрольной зоне, где и наблюдает-

ся вторая темная полоса. Взаимодействие (и темная полоса) в контрольной зоне должны проявляться всегда (если анализ проведен правильно), независимо от присутствия исследуемого антигена в физиологической жидкости. Исходя из выше сказанного существуют следующие варианты результатов тестирования: 1) две полосы - положительный результат; 2) одна полоса - отрицательный результат; 3) нет полос - анализ проведен неправильно.

Эта методика чрезвычайно проста в употреблении и обладает высокой чувствительностью, до нескольких нанограмм на мл объекта. Однако при этом следует учитывать тот факт, что он обладает низкой селективностью и требуют обязательного подтверждения положительного результата другими аналитическими методами. На практике он используется в клинических или судебно-химических лабораториях как средство быстрого отбора среди большого количества образцов, требующих дальнейшего исследования [8].

При этом интерпретацию получаемых результатов следует поручать только подготовленным, высококвалифицированным сотрудникам. На-

пример, как показали исследования некоторых авторов, некоторые тесты дают положительный результат тестирования мочи на опиаты, лиц, незадолго до этого употребивших в пищу кулинарные изделия, содержащие маковое семя, или принявших несколько таблеток комбинированных лекарственных препаратов, содержащих кодеин.

Мы провели анализ 3-х летнего применения экспресс-теста для выявления наркотиков в ходе профессионального медицинского отбора в режимное подразделение крупного промышленного региона. Необходимо отметить, что данное исследование не является полным, т.к. из-за относительной дороговизны теста, провести тотальное скрининговое обследование всех кандидатов на работу не представлялось возможным. Тестирование проводилось в выборочном режиме и назначалось тем, кто обращал на себя внимание характерной манерой поведения, общения, внешним видом и т.п.

Частота обнаружения наркотических препаратов в моче исследуемого контингента представлена в таблице 1.

Таблица 1

Частота выявления наркотических препаратов при проведении профотбора с применением экспресс-теста за период 2010-2012гг.

| | 2010 | 2011 | 2012 |
|---|------|------|------|
| Проведено тестирований | 100 | 100 | 100 |
| Положительный результат (наркотики обнаружены) | 36 | 45 | 50 |
| Отрицательный результат (наркотики не обнаружены) | 62 | 51 | 44 |
| Результат сомнителен | 2 | 4 | 6 |

Обращает на себя внимание рост частоты выявления употребления наркотических препаратов в немедицинских целях. В случае сомнительного результата, тест проводился повторно с использованием тест-системы другой партии. Если полученный ответ был позитивным, но подэкспертный категорически отрицал употребление каких-либо наркосодержащих препаратов – решение принималось в пользу испытуемого.

В ходе исследования было выявлено, что чаще всего у данной категории лиц встречается употребление марихуаны. Опиаты встречаются значительно реже. Однако, в последнее время увеличилось выявление смешанных наркотичес-

ких препаратов таких как марихуана и опиаты, марихуана и амфетамины и т.п. Все подэкспертные, у которых были обнаружены в моче несколько наркотических веществ, утверждали что курили кальян. По всей видимости, в этих случаях имело место смешивание нескольких препаратов продавцом для увеличения или потенцирования психотропного эффекта. Удельный вес обнаруженных в моче наркотических веществ представлен в таблице 2.

Почти все лица у которых были выявлены те или иные наркотические вещества категорически отрицали их употребление, однако, после предъявления им результатов тестирования, признались и дали письменные объяснения.

Частота обнаружения наркотических препаратов по их химическому составу

| Обнаруженные наркотические вещества | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------------------------------|------|------|------|
| Опиаты | 1 | 2 | 4 |
| Марихуана | 29 | 32 | 33 |
| Смешанные | 6 | 11 | 13 |

Из беседы с исследуемым контингентом можно констатировать, что употребление ими наркотических препаратов в немедикаментозных целях носило эпизодический, случайный характер. При этом отсутствовала системность потребления, физическая и психическая зависимость. Не предпринимались активные попытки поиска и приобретения наркотиков. Воздержание переносилось легко. Сохранялся качественный и количественный контроль в состоянии интоксикации. Стаж употребления составлял 1-3 года. Наркотические препараты принимались в виде курения кальяна, реже - через бульбулятор. Основной мотивацией стала попытка поднять настроение в компании друзей. Наркотики применялись 1-2 раза в месяц, по выходным дням. Очень часто «спутниками» наркотических психостимуляторов становились энергетические напитки: редбул, ягуар, берн и т.п. в дозе до 1 литра за вечер.

При описании клинической картины наркотического опьянения подэкспертными назывались такие характерные признаки, как повышенное настроение, прилив сил, сильный голод, жажда т.п.

При вынесении комиссионного заключения о целесообразности использования лиц, в моче которых выявлены наркотические препараты, был

вынесен диагноз: «перенесенная острая интоксикация вследствие употребления наркотического вещества в немедицинских целях».

При отсутствии психической и физической зависимости, но наличии факта употребления наркотиков используется термин «аддиктивное поведение». С медицинской точки зрения под аддиктивным поведением понимается поведение, направленное на удовлетворение социально зависимой потребности в алкоголе или наркотике. Аддиктивное поведение означает не болезнь, а нарушение поведения или его расстройство, при котором физическая и психическая зависимость отсутствуют, а факт злоупотребления наркотиками или алкоголем имеет место. Именно с указанными нарушениями поведения приходится сталкиваться специалистам при отборе кандидатов в режимные учреждения, где сотрудники имеют право на ношение оружия.

Таким образом, на основании полученных данных можно отметить, что в рамках экспертизы профессиональной психофизиологической пригодности, может быть целесообразно внедрение инструментальных иммунохроматографических экспресс-методов, обеспечивающих выявление лиц, допускающих немедицинское употребление наркотиков.

О.В. Абрамов

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ЕКСПРЕС-ТЕСТУ ДЛЯ ВИЗНАЧЕННЯ НАРКОТИКІВ ПРИ ПРОФЕСІЙНОМУ ВІДБОРІ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

У статті аналізується досвід застосування імунохроматографічного експрес-тесту за визначенням наркотичних речовин в сечі при проведенні професійного відбору в осіб для роботи зі зброєю. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 94-97).

EXPERIENCE APPLICATION EXPRESS TEST FOR DETERMINING WHEN NARKOTYKOV VOCATIONAL OTBORE

Donetsk national medical university named after M.Gorkiy

In article analyzyruetsya experience ymmunohromatohrafycheskoho Application Express-test on determining narkotycheskyh substances in the urine of professional conduct of at otbora of entities to work with weapon. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 94-97).

Литература

1. Критерии противопоказаний для лиц, поступающих на службу в органы внутренних дел и учебу в образовательные учреждения МВД России, при выявлении фактов употребления наркотических средств в немедицинских целях Методические рекомендации Москва – 2007

2. Гаевский А.В., Дегтярев Е.В., Симонов Е.А. и др. Аналитическая экспертиза веществ, подлежащих специальному контролю в Российской Федерации // В сб. тезисов докладов 2-й Всероссийской конференции по истории и методологии аналитической химии (ИМАХ-2) 26-29 января 1999 г., г. Москва.

3. Симонов Е.А. и др. Способ обнаружения наркотиков с использованием флаконов (трубок), заполненных гомогенными или гетерогенными реактивами по прилагаемой схеме // патент РФ № 2138044 от 20.09.1999 г.

4. Гаевский А.В., Симонов Е.А., Сорокин В.И. Аналитическая экспертиза опасных веществ // В сб. тезисов Всероссийской конференции “Химический анализ веществ и материалов”, 16-21

апреля 2000 г., г. Москва.

5. Гаевский А.В., Дегтярев Е.В., Симонов Е.А. и др. Методология и правовые аспекты химического анализа опасных веществ // Заводская лаборатория. Диагностика материалов.- Т. 66, № 6.- 2000.- С. 56-63.

6. Симонов Е.А., Макаров В.Г. Использование методов капельного анализа для обнаружения наркотических средств во внелaborаторных условиях // В сб. “Криминалистика: 21 век”. – ЭКЦ МВД РФ.- 2001. – с. 3

7. Гаевский А.В., Симонов Е.А., Макаров В.Г. Селективность отечественных тестов на наркотики и пути её повышения // В сб. тезисов Всероссийского симпозиума “Тест-методы химического анализа”, 28-30 ноября 2001 г., г. Москва.

8. Симонов Е.А., Сорокин В.И., Ковалев А.В. Средства экспресс обнаружения наркотиков - <http://www.bnti.ru/showart.asp?aid=621&lvl=02.09.13>.

Поступила в редакцию 20.08.2012

УДК 616.89 - 008.1 – 053.5: 654.197

*Л.О. Герасименко***СУДИННА ДЕМЕНЦІЯ У ЗАГАЛЬНОМЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ**

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Ключові слова: судинна деменція, дисциркуляторна енцефалопатія, інвалідизація, розлади пам'яті

Найбільш соціально значимим аспектом проблеми судинної деменції є високий відсоток інвалідизації внаслідок цієї патології, що тягне за собою значні економічні втрати та знижує здоров'я нації в цілому[1,2]. Але велике значення має також значне зростання кількості звертань хворих із даною патологією до лікарів різних спеціальностей[3,4], що іноді призводить до «розпорошення» терапевтичної тактики, дезорієнтації в діагностиці первинних і вторинних патологічних ознак, а відповідно і неефективності лікувальних заходів[5]. Недосконалість системи діагностики, профілактики та організації лікування захворювань головного мозку судинного генезу потребує вироблення системи спільних дій лікарів-психіатрів та їх колег, що працюють у загальномедичній практиці.

Відповідно метою нашого дослідження було вивчення епідеміологічних та клінічних особливостей хворих на судинну деменцію в загальномедичній практиці для розробки принципів оптимізації терапевтичної тактики щодо них.

Об'єкт та методи дослідження. Епідеміологічні дані свідчать про значну поширеність судинної деменції у хворих в мережі загальної медицини. Так, за даними Полтавської обласної лікарні імені Н.В. Скліфосовського і терапевтичних дільниць територіальної поліклініки, захворюваність цим психічним розладом сягає 18,2±0,9%, а середній вік хворих складає 56,0±9,4 роки. Із них 37,4% страждають на артеріальну гіпертензію, 30,6% - ІХС, 5,2% - гострий інфаркт міокарду, 3,1% - хронічну недостатність кровообігу, у 5,8% обстежених із судинною деменцією діагностоване гостре порушення мозкового кровообігу і ще у 5,7% воно присутнє в анамнезі. Хворі з судинною деменцією концентруються не тільки у неврологічному відділенні (33,4%), але і в кардіології (10,8%), а також в загальній терапії (8,1%). У системі неврологічної допомоги початкові прояви судинної деменції часто «одягаються» в стандартні діагнози: «церебральний атеросклероз», «дис-

циркуляторна енцефалопатія», «хронічна ішемія мозку».

Для встановлення діагнозу судинної деменції використовувались дані клініко-анамнестичного обстеження: наявність стійкого мнестично-інтелектуального зниження, дані про перенесені хворим гострі або минулі порушення мозкового кровообігу, неврологічні розлади (геміпарез, слабкість нижньої гілки лицьового нерва, геміанопсія, симптом Бабінського, дизартрія, спонтанні падіння, псевдобульбарний синдром з емоційним нетриманням, насильницьким плачем і сміхом і т.д.). Окрім того, важливе місце займали дані методів нейровізуалізації, що вказують на: наявність поодиноких або чисельних великих або середньої величини інфарктів у корі великих півкуль або підкірковій області; множинних лакунарних інфарктів у підкірковій області чи в білій речовині лобних відділів; досить поширене (не менше 1/4 площі) зниження щільності підкіркової білої речовини.

Судинна деменція у обстежених хворих протікала переважно за амнестичним (47,4%), значно рідше за псевдопаралітичним (21,1%) типом недоумства. У першому випадку відзначається виражене послаблення пам'яті на поточні події. У той же час зниження пам'яті на минулі події не таке помітне. Клінічно це виявляється вираженою «забудькуватістю» пацієнтів, які ніяк не можуть вписатись в розклад обстежень, прийому препаратів і т.д. При другому варіанті в клінічній картині на тлі відносно нерізких мнестичних порушень домінує монотонно-благодушний фон настрою з помітним зниженням критичних можливостей. Спостерігається тенденція до мінімізації тяжкості проявів захворювання. У цьому випадку пацієнти заперечують не наявність хвороби як такої, а лише ті її аспекти, що мають загрозливий для їх соціального статусу зміст.

Навіть початкові легкі прояви цього психічного розладу, зазвичай в рамках дисциркуляторної енцефалопатії, суттєво підвищували

кількість звертань хворих за допомогою в амбулаторні і стаціонарні заклади. Встановлено, що хворі з судинною деменцією (715 спостережень, 224 мужчин, 491 жінка) звертались за допомогою в амбулаторні заклади охорони здоров'я достовірно ($p < 0,001$) - на 71,4% частіше, ніж пацієнти без цієї патології.

Поряд зі стійкими мнестично-інтелектуальними розладами, що характеризуються послабленням пам'яті на минулі і поточні події, а також зниженням рівня суджень, більшості хворих на судинну деменцію властиві астения, іпохондричність, уповільнення психічних процесів загалом. Характерні атаксичні розлади, які носять сенситивний, мозочковий і вестибулярний характер, проте іноді зумовлені дисфункцією лобних часток і порушенням зв'язків передніх відділів головного мозку з нижніми структурами (так звана апраксія ходи). Порушення рівноваги і ходи лобного генезу проявляються уповільненням ходи, укороченням і нерівномірністю кроку, утрудненням на початку рухів, нестійкістю при поворотах, потребою у збільшенні площі опори.

За таких умов частими є падіння, які мають наслідком серйозні ушкодження (переломи кісток тазу, шийки стегна, тіл хребців, черепа).- Навіть за відсутності серйозних ушкоджень може виникнути постійне відчуття небезпеки, тривога, страх повторного падіння, що зумовлюють обмеження рухового режиму і самообслуговування (страх вийти за межі кімнати, будинку), які врешті суттєво знижують якість життя пацієнтів.

В результаті епідеміологічного та психіатричного дослідження встановлено, що у даній популяції окрім зрозумілої активності щодо лікування супутніх соматичних захворювань, зокрема хронічної серцевої недостатності (ХСН), високу поширеність мають депресивні стани 23,5% і психічні та поведінкові розлади, пов'язані із зловживанням алкоголем (12,4%).

Обговорення та висновки. Представлені дані свідчать, що лікування пацієнтів із судинною деменцією у загальномедичній практиці є однією з найбільш значимих соціально-економічних і медичних проблем, а сама судинна деменція є одним із найпоширеніших психічних захворювань у загальномедичній мережі. Результати проведеного дослідження дозволяють виявити основні причини частих звертань хворих із цим психічним захворюванням за допомогою.

Судинна деменція (можливо, за рахунок низької комплаєнтності хворих) сприяє значному збільшенню навантаження на лікувальні заклади і пов'язана зі значними економічними збитками. Можливості оптимізації лікування судинної деменції у загально медичній мережі пов'язані із організацією ранньої профілактики, діагностики та ефективної терапії цього психічного захворювання.

Важливим є узгодження між собою комплексу суто медичних, медико-соціальних і соціальних заходів, які взаємодоповнюють та підкріплюють одне одного сприяючи виконанню поставлених завдань щодо лікування основного захворювання та соціальної реабілітації даного контингенту хворих.

Л.А. Герасименко

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ В ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

ВГНЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия», г. Полтава

Лечение пациентов с сосудистой деменцией в общемедицинской практике является одной из наиболее значимых социально-экономических и медицинских проблем. Результаты проведенного исследования позволяют выявить основные причины частых обращений больных с этим психическим заболеванием за помощью. Сосудистая деменция способствует значительному увеличению нагрузки на лечебные и связана со значительными экономическими убытками. Возможности оптимизации лечения сосудистой деменции в общемедицинской сети связаны с организацией ранней профилактики, диагностики и эффективной терапии этого психического заболевания. Важным является согласование между собой комплекса чисто медицинских, медико-социальных и социальных мероприятий, которые взаимодополняют и подкрепляют друг друга, способствуя выполнению поставленных задач по лечению основного заболевания и социальной реабилитации данного контингента больных. (Журнал психиатрии и медицинской психологии. — 2012. — № 3 (30). — С. 98-100).

VASCULAR DEMENTIA IN GENERAL DENTISTRY PRACTICE

“Ukrainian medical Stomatological academy”, Poltava

Treatment of patients with vascular dementia in general practice is one of the most significant socio-economic and health problems. The results of the research to identify the main causes of frequent appeals of patients with this mental illness through. Vascular dementia has greatly increased burden on hospitals and is associated with significant economic losses. Opportunities to optimize the treatment of vascular dementia in the public health network associated with the organization of early prevention, diagnosis and effective treatment of mental illness. What is important is coordination between a complex purely medical, medico-social and social activities that complement one another and reinforces facilitating the implementation of the objectives underlying disease treatment and rehabilitation of patients. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 98-100).

Литература

1. Абрамов В.А., Голоденко О.Н., Ряполова Т.Л., Денисов Е.М. Применение групповой психотерапии в лечении больных с органическими депрессивными расстройствами позднего возраста // Психосоматичні розлади. Психотерапія. Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю – Чернівці: БДМУ, 2005. – с. 91-96.

2. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: «Бахрах-М», 2001. – 617 с.

3. Голоденко О.М. Клинико-социальные и демографические

особенности больных с депрессиями в предстарческом и пожилом возрасте // Журнал психиатрии и медицинской психологии – Донецк.- 2002.- №1. – с. 92-97

4. Пішель В.Я., Здорик Ф.О., Літвінов В.Б., Хоменко О.О., «Геріатрична шкала депресій» // Реєстр галузевих нововведень.- Вип. – 18-19. – Реєстр. № 200. – с. 138.

5. Марута Н.А., Панько Т.В., Явдак И.А. и др. Критерии качества жизни в психиатрической практике: Монография. – Харьков: РИФ Арсин, 2004. – 240 с.

Поступила в редакцию 17.08.2012

УДК 616.89-02-085:614.2

*Т.Л. Ряполова***ИНТЕГРАТИВНАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ОРГАНИЗАЦИИ И МЕНЕДЖМЕНТА
МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Ключевые слова: психиатрическая помощь, мультидисциплинарная бригада, технология, интегративный подход

Развивающаяся в последние десятилетия дитез-стрессовая модель психических расстройств основана на взаимодействии биологических, психологических и социальных факторов [1]. Современный стандарт оказания медицинской помощи больным с психическими расстройствами характеризуется сочетанием биологической и психосоциальной терапии, ее соответствием этапу развития заболевания, потребностям пациентов и их ближайшего микросоциального окружения [2, 3]. Это делает мультипрофессиональный подход предпочтительным при организации психиатрической помощи, а мультидисциплинарные бригады – основным направлением организации менеджмента, ориентированным на оказание всесторонней, интегративной, основанной на биопсихосоциальном подходе лечебно-диагностической помощи больным с психическими расстройствами.

Мультидисциплинарная бригада – термин, используемый для описания различных видов мультипрофессиональной активности в сфере медицинского обслуживания. Наиболее общее определение мультидисциплинарной бригады – это «представители различных профессий, работающие вместе». Термины «мультидисциплинарный», «мультипрофессиональный» и «интердисциплинарный» являются взаимозаменяемыми. Различные специалисты используют как различные приставки («мульти» и «интер»), так и прилагательные («дисциплинарный» и «профессиональный») [4].

Интердисциплинарная бригада в сфере медицинского обслуживания обозначает коллектив, в котором члены принимают участие в совместном осуществлении целей и работают самостоятельно (автономно) в планировании, разрешении проблем, принятии решений, обеспечении выполнения и оценке связанных с командой задач [5].

Jefferies et al. (2004) описывают мультидисци-

линарную бригаду как «основной механизм для обеспечения в полном смысле глобальной помощи больным и цельного обслуживания пациентов по всей траектории их болезни в рамках первичной, вторичной и третичной помощи» [6].

Работа мультидисциплинарной бригады направлена на «максимальную клиническую эффективность» [7]. Бригадам необходимо иметь совместные цели, нужно понимать и уважать компетентность других членов бригады, необходимо получать знания из других дисциплин, уважать их различные взгляды и перспективы. Каждый член команды может нуждаться в переоценке собственных претензий к знаниям и полномочиям специалистов в связи с формированием мультидисциплинарных бригад, которые предлагают наилучшую возможность помощи в индивидуальном обслуживании пользователей.

Целью мультипрофессиональной бригады является совместное использование индивидуальных знаний и навыков на пользу пациента. Цели мультипрофессиональной бригады могут быть описаны следующим образом:

- правильная и быстрая постановка диагноза;
- планирование и осуществление интегративного лечения и обслуживания;
- эффективное взаимодействие с пациентами и другими структурами, оказывающими помощь больным;
- аудит активности и исходов.

Мультидисциплинарные бригады дают существенные преимущества и потребителям помощи, и собственным членам, такие как постоянный характер помощи, возможность всестороннего, глобального взгляда на нужды потребителей, доступность ассортимента навыков, взаимная поддержка и образование.

Мультидисциплинарные бригады, работающие в сообществе, обеспечивают:

- постоянную профилактическую помощь больным с хроническими психическими расстройствами;

- 24-х часовый доступ к информации и поддержке,

- интервенцию и лечение во время кризиса;

- помощь сотрудникам первичного звена медицинской помощи в решении вопросов, связанных с психическим здоровьем.

Работа мультидисциплинарных бригад с больными с хроническими тяжелыми психическими расстройствами в рамках модели программы помощи нуждающимся оказалась экономически эффективной, была положительно оценена врачами других специальностей. Больные и лица, осуществляющие уход, предпочитают помощь мультидисциплинарных бригад в сравнении с традиционной системой оказания психиатрической помощи [8].

Помимо этого, мультидисциплинарная бригада предоставляет перечень услуг для удовлетворения растущих потребностей потребителей помощи, которые требуют различных навыков различных профессионалов, и предлагает непрерывную помощь потребителям, расширяя преемственность помощи.

Преимуществами работы в мультидисциплинарных бригадах для профессионалов в сфере психического здоровья являются:

- сплоченная равная поддержка для всех профессионалов и разбор всех видов деятельности, иногда работа со стрессом, связанным с недобровольной госпитализацией, агрессией, суицидом;

- разделение труда для предоставления мультидисциплинарной помощи, гарантия того, что все биопсихосоциокультуральные компоненты интервенции и помощи будут предоставлены;

- гарантия того, что все члены мультидисциплинарной бригады используют наиболее эффективные подходы, которые могут быть применены немедленно, если потребители нуждаются в специфических услугах;

- «перекрестное опыление» навыков между профессионалами;

- мультидисциплинарный обзор всех случаев в заранее установленных интервалах на встречах бригады и оценка каждым членом бригады успешности работы с конкретным пациентом. Это делает возможным каждому члену бригады видеть и знать работу других, давать советы и осуществлять обмен информацией;

- бригада приобретает новые навыки, принимает участие в принятии решений и берет на себя ответственность, что ведет к росту профессио-

нальной удовлетворенности;

- предоставление запланированных и координируемых услуг;

- предоставление экономически эффективной помощи;

- распределение информации и рационализация организации труда.

Существует множество факторов, оказывающих влияние на деятельность мультипрофессиональной бригады. Paris et al (2000) в научном обзоре исследований, посвященных изучению деятельности бригад мультидисциплинарной помощи, выделил следующие, воздействующие на активность бригады, факторы: контекстуальные, структурные, фактор дизайна бригады, процессуальные факторы и фактор обслуживаемого контингента [9].

Таким образом, важными аспектами эффективности работы мультидисциплинарной бригады являются компетентность ее членов, четкое представление членов бригады о компетентности друг друга, отношения членов бригады между собой и к работе в команде. Также важными процессуальными факторами, определяющими эффективность полипрофессионального подхода являются четкое распределение ролей между членами команды при наличии командного звена, координирующего работу бригады и определяющего ее эффективность и надежность [10].

Комиссией по вопросам психического здоровья (2006) описаны следующие факторы, влияющие на эффективность работы мультидисциплинарной бригады [11]:

- коллективная модель бригадного менеджмента является фактором, определяющим единство бригады. Оптимальным для мультидисциплинарной бригады является обслуживание по договору, уважающему нужды команды;

- важным фактором является то, что каждый профессионал чувствует ценность собственной компетентности и ответственности, привносимых им в бригадную работу. При усилении непрерывности помощи члены команды могут ощущать давление «напряжения» при предоставлении помощи, так что некоторые члены команды могут избегать вовлечения в оказание помощи потребителю. Такое ожидание быть менее востребованным порождает «роль пресмыкающегося» [12] и размывание ролевых границ, в связи с этим – риск потери специфических свойств каждой профессии. Если снижение профессионализма не выявлено и не прояснено командой, каждый профессионал может все время чувствовать размытость собственной профес-

сиональной идентичности и начинать выказывать высокую степень амбивалентности в отношении работы в команде. Однако если бригада может успешно идентифицировать коллективную роль и ответственность и отличать их от специфических уникальных навыков, это может повышать успешность функционирования мультидисциплинарной команды;

- хорошее функционирование мультидисциплинарной бригады требует консенсуса касательно обслуживаемых групп клиентов. Способность команды фокусировать помощь и лечение специфических групп клиентов, используя согласованные и однозначные критерии включения, является ключевым фактором успешной работы мультидисциплинарной бригады;

- творческое напряжение в процессе работы может повышать уровень конфликтности в бригаде. Члены команды могут иметь различную степень приверженности биопсихосоциальной модели психического здоровья и болезни, что может быть основой острых дебатов о терапевтических подходах. Следовательно, требуются специальные механизмы разрешения конфликтов на этой почве, предпочтительным механизмом является мультипрофессиональный консенсус [13];

- значительным фактором, определяющим функционирование бригады, является наличие членов бригады, персонально ответственных за определенный подход и организацию работы команды;

- поскольку вербальное общение является основным в деятельности мультидисциплинарной бригады, необходима простая система хранения записей, что улучшает функционирование команды. Регулярный и структурированный обзор встреч с использованием современных записей может предотвратить многие проблемы;

- пока организационные и менеджерские структуры не предоставят бригадам адекватного обучения, возможно саморазвитие, включающее развивающий командный тренинг (в том числе, направленный на развитие достаточного уровня доверия в соответствии с поставленными задачами), формулирование операциональной политики, системы интегративного менеджмента, что может способствовать адекватному развитию и образованию бригады [14].

В обзоре S. Reeves et al. (2008), посвященном проблемам межпрофессионального обучения с точки зрения его влияния на профессиональную практику и исходы терапии, представлены результаты 4х рандомизированных (RCT) и двух контролируемых (CBA) исследований.

4 исследования показали эффективность межпрофессионального обучения в следующих областях: удовлетворенность пациентов; поведение команды, ориентированное на сотрудничество; снижение количества ошибок в бригадах неотложной помощи; обслуживание жертв насилия; компетентность специалистов бригады при обслуживании пациентов. Два из 6 исследований показали смешанные исходы (положительные и нейтральные), и два исследования представили результаты об отсутствии влияния междисциплинарного обучения на профессиональную практику и обслуживание пациентов [15].

В систематическом обзоре L. I. Rabshl et al. (2012) представлены исходы командного тренинга вмешательств для мультидисциплинарных бригад, работающих в стационаре. Тренинг мультипрофессиональной госпитальной бригады может быть рекомендован как способ повышения безопасности больных. Обзор показывает в основном положительные эффекты вмешательства на реакции участников, их обучаемость и поведение [16].

В то же время имеется достаточно много сообщений о серьезных проблемах взаимодействия специалистов внутри мультидисциплинарных бригад. Например, членами мультидисциплинарной бригады могут быть специалисты с разными способностями и занимающие различные места в управленческой иерархии, нередко лица, имеющие преимущества в профессионализме или занимаемой социальной позиции навязывают свое мнение другим сотрудникам бригады, что мешает эффективной работе и приводит к конфликтам. Помимо этого, источниками проблем могут быть:

- вопросы лидерства и подотчетности, причем, чем больше сотрудников в бригаде, тем более частыми являются внутренние конфликты;

- потеря индивидуальности и утрата своих ролей сотрудниками бригады, исчезновение профессиональных границ между ними;

- приемы работы бригады, отдаляющие ее от пациентов и клиники. Решения, принимаемые бригадой, иногда являются выхолощенными и оторванными от нужд больных. В то же время, несоразмерно много усилий тратится на поддержание связей внутри бригады в процессе ее работы. Так, непосредственно на помощь больным тратится лишь 25% рабочего времени, а 140 часов на каждого сотрудника в год уходит на административную работу;

- функционирование бригады как самостоятельной единицы, когда команда сама заключа-

ет договора и берет на себя обязательства по оказанию помощи, имея в своем составе менеджера, отдаваясь тем самым от нужд психиатрической службы.

Неизбежность использования при первом психотическом эпизоде шизофрении и заболеваний шизофренического спектра стационарных форм помощи делает необходимым создание в отделениях терапевтической среды, которая сводит к минимуму ограничительно-изоляционные эффекты от пребывания в них пациентов и способствует достижению лечебно-реабилитационных целей. Метод полипрофессионального бригадного обслуживания пациентов является одной из предпосылок функционирования терапевтической среды.

Внедрение интегративной программы ранней психосоциальной реабилитации больных шизофренией и заболеваний шизофренического спектра позволило разработать принципы работы мультидисциплинарной бригады в отделениях медико-социальной реабилитации [17].

В отделениях МСР возможно формирование мультидисциплинарной бригады в составе: врач-психиатр, врач-психотерапевт и/или медицинский психолог, специалист по социальной работе, реабилитационная медицинская сестра.

Основные психологические подходы в деятельности персонала реабилитационной бригады:

- восприятие пациентов как равных себе и другим (принцип партнерства);
- искренне уважительное отношение к больному, его чувствам, поступкам, переживаниям («эмпатическое понимание» по К. Роджерс, 1994);
- умение видеть способности пациента (сохраненные стороны личности) и возможности установления связей между ним и окружающими;
- определение социальной реинтеграции пациентов как конечной цели реабилитационного вмешательства;
- нацеленность на долговременность и этапность процесса реабилитации.

В основу деятельности полипрофессиональных бригад должен быть положен принцип автономии с разграничением функций и задач, стоявших перед членами реабилитационной бригады. Это обеспечивает оптимальное выполнение ими своих обязанностей, стимулирует творческий подход, активность в совершенствовании работы, введение новых методик и вариантов психосоциальных интервенций, поиск наиболее эффективных путей социального восстановления больных. В то же время, автономия членов

бригады предполагает определенные формы внутрибригадного взаимодействия. Таковыми являются еженедельные встречи членов мультидисциплинарной бригады с целью установления и/или коррекции функционального реабилитационного диагноза, выбора мишеней комплексного вмешательства, определения тактики ведения больного и ее коррекции, оценки результатов лечения и реабилитации с определением дальнейших лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении каждого пациента. Это обеспечивает взаимную информацию каждого члена бригады обо всех проводимых в отношении пациента мероприятиях, дает более полную картину динамики состояния больного, позволяет сформировать единую реабилитационную стратегию, направленную на социальное восстановление пациента [18].

Мультидисциплинарный бригадный подход, берущий за основу биопсихосоциальную модель психических расстройств, предполагает учет всех биологических, психических и социальных характеристик данного конкретного пациента. Взаимодействие специалистов различного профиля может основываться, в частности, на многоуровневой диагностике имеющихся расстройств (рис. 1).

Врач-психиатр, осуществляя биологическую терапию, воздействует на все уровни поражения, причем воздействие это чаще всего опосредованное (например, при купировании психопатологической симптоматики может улучшаться социальное функционирование больного). Психолог при психотерапевтической деятельности работает на интерперсональном уровне, уровне личностных проблем и, при наличии соответствующей подготовки, на экзистенциальном уровне. Социальный работник оказывает воздействие на интерперсональном и социальном уровнях. При этом могут возникнуть сложности при взаимодействии психолога и социального работника, поскольку направление их деятельности (интерперсональные отношения) совпадает. Предметом социальной работы является событие, а предметом работы психотерапевта – переживание. Событие может быть объектом работы психотерапевта, но предмет его работы – переживание. Социальный работник должен в основном оставаться на уровне события, на уровне социально-поведенческих тренингов [19].

Мультидисциплинарная бригада представляет собой не только группу специалистов разного профиля, совместно осуществляющих уход за больными, а скорее определенный стиль вза-

взаимодействия между медработниками и больным, основанный на знаниях его индивидуальных функциональных характеристик. Принципиальной особенностью такого взаимодействия явля-

ется приобретение пациентом опыта сотрудничества с бригадой и способности помогать самому себе вместо пассивного ожидания выздоровления.



Рис. 1. Области профессионального функционирования членов мультидисциплинарной бригады при различном уровне нарушения (И.Я. Гурович и соавт., 2004).

J. Qvretveit (1990) выделяет следующие типы бригад:

1. Управляемые бригады, когда один член бригады (это может быть менеджер) является руководителем и отвечает за все деловые решения.
2. Интегративные и «демократические» бригады – в них нет лидера с формальной авторитарностью и ответственностью.
3. Координированные бригады – в них один из членов бригады берет на себя роль координатора с осуществлением и менеджерских функций.
4. Бригады, управляемы ядром команды, то есть внутри бригады есть несколько человек, которые и осуществляют руководство; они обычно представляют лидирующие в бригаде специальности [20].

Междисциплинарные бригады как самостоятельные структурные элементы психиатрической помощи занимают все более важное место в психиатрической и медицинской службах ряда стран. Они являются как бы промежуточным звеном между амбулаторной и стационарной помощью. Такие бригады доказали свою эффективность особенно в отношении наиболее тяжелого контингента больных с наиболее выраженной социальной дезадаптацией, плохой включаемостью в сферу услуг амбулаторной сети, частыми госпитализациями. Эта форма междисциплинарной помощи является важным звеном психиатрической службы с опорой на общество.

линарной помощи является важным звеном психиатрической службы с опорой на общество.

Согласно Закону Украины «О внесении изменений в Основы законодательства Украины о здравоохранении относительно усовершенствования предоставления медицинской помощи» от 7 июля 2011 г. и Закону Украины «Про порядок проведения реформування системи охорони здоров'я у Вінницький, Дніпропетровській, Донецькій областях та місті Києві», возникает вопрос о месте и роли мультидисциплинарных бригад в отечественной системе оказания психиатрической помощи с учетом объема и степени специализированности оказываемых услуг (первичный, вторичный и третичный уровень). На основе анализа современных исследований нами рассматривается возможность использования имеющегося опыта в разработке новых технологий в области мультипрофессиональной интегративной помощи больным с психическими расстройствами.

Провайдеры первичной помощи определяют себя как «профессионалы в области оказания медицинской помощи, осуществляющие первый контакт и продолжающие лечение больных вне зависимости от их возраста, пола и существующих проблем» [21]. В 61% стран лечение тяжелых психических расстройств осуществляется в сети первичной медицинской помощи, что по-

могает уменьшить стигматизацию, улучшает раннюю диагностику и лечение, ведет к снижению стоимости, частично возмещает ограничения ресурсов психиатрической службы за счет использования общественных ресурсов [22]. В Великобритании от 18% до 30% больных с тяжелыми психическими расстройствами наблюдаются у врачей первичного звена медицинской помощи [23]. Однако, несмотря на это, большинство врачей общей практики наблюдают и лечат физические болезни, и лишь небольшая часть из них вовлечены в мониторинг и лечение психических расстройств. При этом значительной проблемой является нежелание врачей общей практики участвовать в оказании данного вида помощи [24, 25]. Достаточно данных о недостаточном уровне профилактики и предлагаемых услуг для больных с тяжелыми психическими расстройствами в первичном звене медицинской помощи [26, 27].

Существующее в Великобритании руководство рекомендует пациентам с установленным диагнозом шизофрении или биполярного расстройства, кто обслуживается в первичном звене медицинской помощи, требовать регулярной оценки своего здоровья и социальных нужд. Оценка должна включать мониторинг психического состояния, использования препаратов, приверженности лечению, побочных эффектов, социальной изоляции, прибегание к помощи, уровень занятости. Пациенты с диагнозом шизофрении или биполярного расстройства должны иметь план, основанный на развитии связей между первичным и вторичным уровнями помощи.

Также должен осуществляться регулярный мониторинг их физического здоровья. По соглашению с пользователями помощи, лица, осуществляющие за ними уход, могут требовать регулярной оценки нужд их подопечных, а также собственных специфических нужд [28].

В Великобритании сотрудничество между первичной медицинской помощью и специалистами по охране психического здоровья стало необходимым с 1980х годов, когда мультидисциплинарные общественные бригады психического здоровья (СМНТ) стали основными структурами, осуществляющими координированную, всестороннюю, основанную на сообществе помощь больным с психическими расстройствами. Количество их возросло с 81 в 1987г. до 826 в 2006г. [29]. При этом проблемы взаимодействия первичной и вторичной помощи по отношению к больным с тяжелыми психическими расстройствами остаются актуальными [30]. Предлагаются различные модели оказания психиатрической помощи в первичном звене (рис. 2) [31].

Тренинг команды первичной медицинской помощи. Было проведено два высококачественных обзора тренингов. Согласно одному из них, наиболее распространенными видами обучения являются пассивное распространение руководств и краткосрочные курсы, что не привело к значительному улучшению исходов у пациентов [32]. Второе исследование исследовало эффективность более интенсивных тренингов психосоциальных интервенций для врачей общей практики и продемонстрировало более последовательные данные их успешности [33].



Рис. 2. Модели оказания психиатрической помощи в первичном звене медицинской помощи (P. Bower, S. Gilbody, 2005).

Модель консультативных контактов. Представлено два обзора консультативных контактов, позволяющих бригаде первичного звена оценить советы и навыки специалистов психиатрической службы. Ограниченные и непоследовательные данные показывают, что консультативные кон-

такты могут воздействовать на поведение врачей общей практики [34], но нет данных, что этот успех может быть генерализован на широкую практику. Другой обзор двух исследований не смог показать улучшения исходов у больных [35], он был ограничен изучением влияния

психиатрических консультаций, не учитывая более комплексного консультирования, включающего команды мультидисциплинарных профессионалов.

Возвращение/направление включает передачу первичной ответственности из первичного звена на вторичный уровень оказания помощи для длительного лечения. Проведено небольшое количество исследований различного качества [36, 37]. Большинство из обзоров показывают, что модель возвращения/направления была в основном клинически эффективной, по меньшей мере, в течение небольшого промежутка време-

ни, потенциально воздействуя на тип терапии и пациентов.

Помощь, основанная на сотрудничестве. Она не имеет четкого определения и включает компоненты тренинга и консультирования при участии case manager (координатора), который работает с больными и консультирует врачей первичного звена и специалистов вторичного уровня. Функции case manager совместно с мультидисциплинарной бригадой заключаются в координировании консультаций и выполнения рекомендаций (табл. 1).

Таблица 1

Определения помощи, основанной на сотрудничестве

| Автор | Состояния, включенные в исследование | Определение помощи, основанной на сотрудничестве |
|---------------|---|---|
| Druss 2005 | Психические расстройства и зависимость от ПАВ | «Подход, основанный на модели Вагнеровской Хронической Помощи [38], использует мультидисциплинарные бригады, включая поставщиков психиатрической и первичной помощи для обеспечения координации и последующей помощи. Ключевой элемент подхода, основанного на сотрудничестве, является то, что они включают функциональные команды интегрированной помощи» |
| Bower 2006 | Депрессии | «Многостороннее организационное вмешательство, включающее компоненты: а) введение новой роли (case manager) в первичную помощь, что помогает обслуживанию пациентов с депрессией при структурированном и систематическом предоставлении вмешательств; б) введение механизмов, побуждающих скрытые контакты между врачами первичного звена и специалистами в области психического здоровья (включая case manager) для оказания индивидуальной помощи больному; с) введение механизма сбора и распределения информации о каждом пациенте» |
| Craven 2006 | Уровень психических расстройств, включая депрессию и тяжелые психические расстройства | «Помощь, основанная на сотрудничестве, включает представителей различных специальностей, дисциплин или секторов, работающих вместе по предоставлению дополнительных услуг и взаимной поддержке, для гарантии того, что пациенты получают наиболее соответствующее обслуживание от наиболее соответствующих представителей в наиболее подходящих условиях, так быстро, насколько это необходимо с минимумом препятствий. Сотрудничество может включать лучшие коммуникации, скрытые персональные контакты, распределение клинической помощи, общие образовательные программы и/или общую программу и систему планирования» |
| Gilbody 2006 | Депрессии | «Включает структурированный подход к помощи, основанный на принципах обслуживания хронических заболеваний и значительной роли специалистов немедиков, таких как практикующие медсестры, сотрудничающие с врачами первичной службы и специалистами психиатрами. Помощь, основанная на сотрудничестве, объединяет интервенции различной интенсивности от телефонных вмешательств по достижению комплайенса в приеме медикаментов до более комплексных вмешательств, которые включают интенсивные последующие и совместные структурированные психосоциальные интервенции» |
| Gunn 2006 | Депрессии | «Мультипрофессиональный подход к оказанию помощи пациентам. Требует, чтобы врач общей практики, семейный врач и хотя бы один другой профессионал в области охраны здоровья (медсестра, психолог, психиатр, фармацевт) были включены в оказание помощи пациенту» |
| Fletcher 2009 | Депрессии и тревога | «Помощь, основанная на сотрудничестве, определяется как многостороннее вмешательство, которое включает 3 различных профессионалов, сотрудничающих на основе первичной помощи. Один профессионал работает как case manager, один как специалист первичного звена и третий – как психиатр [39]. Специфические роли этих профессионалов: - врач первичной медицинской помощи – начальное распознавание, диагностика и лечение; - case manager – осуществляет снабжение медикаментами и психологическое вмешательство, занимается профилактикой, оценивает приверженность лечению, мониторирует прогрессирование и обратную связь с врачом первичного звена; - специалист в области охраны психического здоровья – предлагает поддержку/консультирование менеджера или врача первичной помощи. Эти функции может выполнять не только квалифицированный профессионал, но и специализированная медсестра [40]» |

Обзоры помощи, ориентированной на сотрудничество (обычно на примере депрессий) отмечают успешность образования и активации пациентов, распределения информации и координирования помощи между первичным звеном и представителями психиатрической службы.

Результаты протокола, представленного S. Reilly et al. (2012), определяют активность и профиль работы мультидисциплинарных бригад в первичном звене медицинской помощи, оценивая эффективность основанного на сотрудничестве подхода к оказанию помощи больным с тяжелыми психическими расстройствами [41].

Ведение (менеджмент) индивидуального случая (case management) – бригадное полипрофессиональное обслуживание психически больных с опорой на сообщество.

Целью данной формы помощи является обеспечение преемственности, доступности и эффективности для выписанных из стационара больных, которые сталкиваются с разрозненными медицинскими и социальными службами в сообществе. В результате социально уязвимая группа хронически психически больных получает возможность улучшить приспособление в обществе, повысить уровень социального функционирования [42]. Задачи данного вида помощи являются выявление нужд больных, планирование на этой основе всестороннего обслуживания, его организация, мониторинг результатов и дальнейшее поддерживающее лечение.

Первоначально этот вариант работы получил название брокерского. Поскольку многие больные в силу когнитивного дефицита и недостатка социальной компетентности с трудом ориентируются в многообразии медицинских и социальных служб при условии наличия их в сообществе. Координаторы (брокеры, менеджеры, возможно, не имеющие медицинского образования) выступают в роли администратора, контактируют с другими специалистами для получения от них сведений о потребностях пациентов и направляют последних для получения необходимой помощи. Речь идет о стратегии дифференциации и координации различных служб в интересах больного, распределения индивидуальной помощи.

В последние годы данная система претерпела значительные изменения, трансформируясь в т.н. менеджмент помощи (care management). При этом социальный менеджер (имеющий специальное образование и принимающий непосредственное участие в оказании помощи больному) организует пакет услуг, в которых нуждается

пациент, используя помощь персонала лечебного учреждения и контрактных организаций.

Программа «case (care) management» включает:

- идентификацию больных на основании данных о находящихся под наблюдением пациентов с целью составления групп-мишеней;

- оценку клиничко-социального статуса больных, их профессиональной занятости, жилищных нужд, уровня дезадаптации, характера и результатов прошлых попыток помощи по каждой из сфер функционирования больного;

- определение индивидуальных программ помощи на основе полученных данных с учетом имеющихся в наличии ресурсов и возможностей;

- оценку эффективности помощи через определенные промежутки времени.

В последние годы в США получил распространение клинический вариант ведения индивидуального случая (clinical case management). В Великобритании используется термин «интенсивное (настойчивое) лечение в сообществе» (assertive community treatment). Эти два варианта бригад («интенсивное (настойчивое) лечение в сообществе» и «case management») оказываются столь близкими, что некоторые авторы их практически не дифференцируют [43].

При «интенсивном (настойчивом) лечении в сообществе» (assertive community treatment) помощь организуется и осуществляется полипрофессиональной бригадой, практикующей интенсивное лечение с предоставлением экстренных ее видов. Основная цель данного подхода – предупреждение повторных госпитализаций и сокращение времени, проведенного больным в стационаре. Объектом помощи являются пациенты с выраженным нарушением социальной адаптации, плохо соблюдающие режим поддерживающей терапии, имеющие высокий риск регоспитализации.

Задачами бригады в данном случае является достаточно широкий спектр услуг – от экстренной психиатрической помощи до трудоустройства. Бригада активно осуществляет принцип преемственности между стационарным и внебольничным звеном психиатрической помощи. В ее задачи входит оценка психического состояния больного, поддерживающее медикаментозное лечение, развитие комплайенса, круглосуточная экстренная помощь и психосоциальная реабилитация, направленная на обеспечение независимости пациентов, их ответственности за социальное поведение и интеграцию в сообщество.

щество. Членами бригады являются психиатр, психолог, медсестра, социальный работник, ответственный за дневную программу, специалист по терапии занятостью, при этом состав команды может изменяться. Четкое распределение обязанностей внутри бригады под руководством врача-психиатра позволяет оказывать интенсивную, комплексную, дифференцированную помощь с использованием ресурсов сообщества и максимальным акцентом на нужды конкретного пациента. Значительная роль принадлежит активному участию самих пациентов во всех видах помощи.

Полипрофессиональная бригада может обслуживать территорию с населением 280 000 чел. В стандартном варианте нагрузка на каждого члена бригады составляет 20-40 чел., при этом больной посещает специалист 1 раз в неделю (41 визит в год). При интенсивном варианте оказания помощи нагрузка уменьшается до 10 чел. На каждого члена бригады, а визиты осуществляются 2 раза в неделю (103 визита в год). Несколько специалистов могут обслуживать одного пациента. При этом установлено, что увеличение нагрузки приводит к ухудшению результатов.

Установлено, что при работе бригад в системе «интенсивного (настойчивого) лечения в сообществе» на 60-70% снижается частота повторных госпитализаций, повышается уровень комплайенса до выполнения 80% рекомендаций специалистов (в сравнении с 50% до применения данной формы помощи). Отмечается, что в случае использования подобного бригадного обслуживания пациентов значительно улучшается социальное функционирование больных, их социализация, они лучше структурируют время, лучше адаптированы при менее выраженных изменениях в психическом состоянии, трудовом статусе и доходах [44].

Одним из примеров эффективности работы мультидисциплинарных бригад является программа COSTAR (Community Support Treatment and Rehabilitation) – «Социальное поддерживающее лечение и реабилитация». Программа сочетала принципы ведения индивидуального случая и психиатрическое лечение хронически психически больных. Обслуживались психически больные с выраженной дезадаптацией, спектр помощи программы охватывал проблемы цивилизации (городские проблемы), бедности, безработицы, нестандартного проживания, высокой преступности, употребления наркотиков. Больным предоставлялись услуги по оказанию ста-

ционарной, полустационарной, внебольничной помощи, кризисной помощи (в течение 24 часов), реабилитации, в т.ч. по программе общежитий. В результате программа обеспечивала оказание помощи психически больным в любом аспекте. Штат бригады включал психиатра, медсестер, социальных работников и других немедицинских помощников. На каждого сотрудника приходилось примерно 12 больных. Одним из основных принципов работы бригады было постепенное вовлечение пациентов в программу на основании ее привлекательности для больного и установления доверительных отношений между участниками программы. При этом ставилась задача соединения лечения с реализацией нужд каждого пациента. Большое внимание уделялось поддерживающим социальным сетям, сотрудники бригады фактически сами становились членами социальной сети, поддерживая пациентов, способствуя расширению сети, привлекая к поддержке больных более широкий круг людей. При оценке эффективности программы через два года четверть больных показала улучшение в социальном поведении (повысилась активность, больные научились формулировать цели, преодолевали неряшливость и пассивность при проведении досуга). Эффект программы заключался в поддержке социальной реинтеграции больных, что является буфером против частых рецидивов психических расстройств [19].

Общественные бригады психического здоровья определяются как «мультидисциплинарные бригады, несущие ответственность за проведение оценки, лечения и помощи в определенных популяциях, чаще ограниченных определенными географическими областями или регистрацией в сети первичной помощи. Такие бригады осуществляют полный перечень функций, определенных для специализированного уровня помощи, включая начальную оценку взрослого контингента больных, направленных другими структурами или бригадами, консультации бригад первичной медицинской помощи по ведению больных, назначение лечения при начале психического расстройства, на его ранних стадиях или при обострении, а также постоянную помощь больным с хронической инвалидностью. Бригады могут быть пополнены необходимыми специалистами, например, для ранней интервенции, для домашнего лечения во время кризиса или для настойчивого лечения в сообществе, однако основное предоставление помощи большинству пациентов осуществляется специалистами бригад психического здоровья» [42].

Метаанализ D. Malone et al. (2010) посвящен изучению результатов работы общественных бригад психического здоровья (community mental health teams, СМНТ) по обслуживанию пациентов с тяжелыми психическими расстройствами и расстройствами личности. Проведен анализ трех рандомизированных исследований обслуживания пациентов в общественных бригадах психического здоровья в сравнении со стандартными формами оказания помощи [45].

Общественные бригады психического здоровья - оказание помощи мультидисциплинарными, основанными на сообществе, бригадами. Стандартная помощь – обычная помощь в районе обслуживания (вне бригадная, амбулаторная, поступление в стационар, дневной стационар).

Менеджмент в СМНТ не сопровождался статистически значимыми отличиями в смертельных исходах от суицида или в подозрительных обстоятельствах ($n=587$, 3 RCTs, RR 0.49 CI 0.1 to 2.2) при более низкой смертности в данной группе. Не было выявлено статистически значимых отличий в количестве пациентов, раньше прекративших участие в исследовании ($n=253$, 2 RCTs, RR 1.10 CI 0.7 to 1.8). Значительно меньше пациентов в программе СМНТ высказывали неудовлетворенность лечением в сравнении с теми, кто получал лечение в рамках стандартной помощи ($n=87$, RR 0.37 CI 0.2 to 0.8, NNT 4 CI 3 to 11). Уровень госпитализаций был статистически значимо ниже в группе СМНТ в сравнении со стандартной помощью ($n=587$, 3 RCTs, RR 0.81 CI 0.7 to 1.0, NNT 17 CI 10 to 104). Не выявлено статистически значимых различий в сравниваемых группах по показателям неотложной госпитализации, контактам с первичной помощью, контактами с другими социальными службами.

Менеджмент в СМНТ не ниже уровня помощи в стандартной сети и выше по показателю удовлетворенности лечением. Результаты лучше в плане уменьшения частоты госпитализаций и снижения смертности вследствие суицида.

Обзор M. Dieterich et al. (2011) посвящен сравнительному анализу эффективности интенсивного ведения индивидуального случая (Intensive case management, ICM), стандартного ведения индивидуального случая (non-ICM) и стандартных форм оказания помощи (standard care) больным с тяжелыми психическими расстройствами [46]. ICM является основанным на сообществе пакетом услуг, предназначенных для длительного ведения больных с тяжелыми психическими расстройствами (шизофрения и другие

психозы, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности), не требующими неотложной госпитализации. ICM включает компоненты двух оригинальных общественных моделей: настойчивого лечения в сообществе (ACT) и ведения индивидуального случая (CM), но ICM работает в группах с меньшим количеством людей (менее 20), обслуживает пациентов на дому и предоставляет помощь в течение 24 часов на протяжении определенного промежутка времени. Неинтенсивное ведение индивидуального случая (non-ICM) предоставляет потребителям тот же пакет услуг, но профессионалы обслуживают более чем 20 клиентов. В случае стандартной помощи амбулаторные пациенты, нуждающиеся в поддержке, получают менее дифференцированную помощь. Было проанализировано 38 исследований, охвативших 7328 пациентов в США, Канаде, Европе и Австралии.

ICM осуществляется мультидисциплинарными бригадами, организованными несколько иначе, нежели в стандартной сети, поскольку оказываемая ими помощь должна быть надежной, систематизированной, подвижной и координируемой, использующей интегрированный комплекс медицинских и социальных услуг для удовлетворения нужд пациентов с тяжелыми психическими расстройствами. Целями данного вида помощи является сохранение у пациентов навыков использования материальных ресурсов (пища, жилье, одежда, медицинская помощь) и улучшение их социального функционирования, предоставление поддержки в сохранении прежнего уровня общественной жизни, предоставление возможностей для роста автономии пациентов, развитие копинг-стратегий совладания с жизненными трудностями, сохранение комплаенса с медицинской службой. Ключевая цель ICM – улучшение исходов, снижение госпитализаций и предупреждение сокращения контактов со службой [47].

Сравнение ICM со стандартными формами оказания помощи:

24 исследования оценивали продолжительность госпитализаций, и преимущественно их длительность сокращалась у больных, обслуживаемых в системе ICM ($n=3595$, 24 RCTs, MD -0.86 CI -1.37 to -0.34). В 9 исследованиях было выявлено, что пациенты группы ICM в меньшем количестве теряют связь с психиатрической службой ($n=1633$, 9 RCTs, RR 0.43 CI 0.30 to 0.61, $P=49\%$, $p=0.05$). Не выявлено существенных различий в улучшении психического статуса и общего состояния (шкала GAF) ($n=818$, 5

RCTs, MD 3.41 CI 1.66 to 5.16). Не выявлено различий в смертности как по «всем причинам» (n=1456, 9 RCTs, RR 0.84 CI 0.48 to 1.47), так и по причине суицида (n=1456, 9 RCTs, RR 0.68 CI 0.31 to 1.51). Выявлено значительное улучшение приспособляемости, особенно у пациентов, не проживающих самостоятельно, уровень которых был ниже среди больных, находящихся в сфере обслуживания ICM (n=1185, 4 RCTs, RR 0.65 CI 0.49 to 0.88). Больные группы ICM были значительно более удовлетворены уровнем оказываемой помощи (n=423, 2 RCTs, MD 3.23 CI 2.31 to 4.14).

Сравнение ICM и ведения индивидуального случая (non-ICM):

Преимущества ICM касались лишь возможности удержания пациентов в системе оказываемой помощи, в группе ICM было меньше случаев досрочного выхода из исследования (n=2195, 9 RCTs, RR 0.72 CI 0.52 to 0.99). Однако в целом не было выявлено различий в таких оцениваемых показателях как длительность госпитализаций, смертность, социальное функционирование, психическое состояние, поведение, качество жизни, удовлетворенность и стоимость.

Т.о., ICM является более эффективной системой в улучшении исходов у больных с тяжелыми психическими расстройствами. В сравнении со стандартной системой помощи, использование ICM позволяет снизить уровень госпитализаций, сохранить пациентов в системе оказания помощи, улучшить социальное функционирование больных. Однако, неясно, каковы преимущества ICM в сравнении с менее формальным поп-ICM подходом.

Проведенный анализ метаобзоров позволяет предложить разделение функций мультидисциплинарных бригад в соответствии с уровнем оказываемой психиатрической помощи. Врачи первичного звена медицинской помощи, в функции которых входит выявление психических расстройств непсихотического уровня и контроль за состоянием больных с тяжелыми психическими расстройствами, вправе рассчитывать на помощь и сотрудничество со стороны членов мультидисциплинарных бригад, работающих на втором уровне специализированной психиатри-

ческой помощи. С другой стороны, именно семейные врачи и/или члены полипрофессиональной бригады (если последние в составе врачей, медсестер и социальных работников будут организованы в районах обслуживания амбулаторий) могут оказать существенную помощь специалистам-психиатрам. Полученная или при непосредственном контакте с пациентами информация об изменениях в психосоциальном функционировании больных может быть передана на второй уровень и использована членами мультидисциплинарной бригады психосоциального профиля для коррекции реабилитационного диагноза и индивидуальной программы реабилитации пациента. В то же время, в основу работы мультидисциплинарных бригад второго уровня могут быть положены методологии ведения индивидуального случая (case management) или общественных бригад психического здоровья (community mental health teams, СМНТ), в функциональные обязанности которых, помимо стандартных процедур реабилитационной диагностики и психосоциального вмешательства, должна входить основанная на сотрудничестве помощь в полипрофессиональном обслуживании больных с психическими расстройствами на первичном уровне (консультации, обучение, преемственность в наблюдении пациентов) [48].

Высокоспециализированная психиатрическая помощь – это мультидисциплинарная помощь, обеспечивающая технологическую возможность полномасштабной реализации основных принципов психиатрической помощи, интегративных биопсихосоциальных подходов к лечебно-диагностическому процессу и максимальное удовлетворение базовых, жизненно важных потребностей пациента. С этой точки зрения наиболее приемлемым подходом к организации работы мультидисциплинарной бригады является технология интенсивного ведения индивидуального случая (Intensive case management, ICM). Описанные подходы не являются единственными и абсолютными, поэтому поиск и адаптация новых технологий деятельности мультидисциплинарных бригад является одним из аспектов продолжающейся разработки стандартов высокоспециализированной психиатрической помощи.

ІНТЕГРАТИВНА ТЕХНОЛОГІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА МЕНЕДЖМЕНТУ МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ

Донецький національний медичний університет ім. М.Горького

Мультидисциплінарний підхід надання психіатричної допомоги включає інтегративний комплекс лікувально-діагностичних процедур, що здійснюється бригадою професіоналів (лікар загальної практики/психіатр, психолог, психотерапевт, медична сестра, соціальний робітник). У статті представлено різні мультипрофесійні технології на підставі мета аналізів наукових оглядів. Здійснено спробу диференціації таких технологій відповідно до рівня психіатричної допомоги. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 3 (30). — С. 101-113).

T.L.Ryapolova

INTEGRATIVE TECHNOLOGY OF THE ORGANIZATION AND MANAGEMENT OF THE MULTIDISCIPLINARY PSYCHIATRIC HELP

Donetsk National Medical University named after M.Gorkiy

Multiprofessional approach in the psychiatry administration includes the integrative complex of the treatment and diagnostic procedures which is carried out by the team of professionals (general practice doctor/psychiatrist, psychologist, psychotherapist, nurse, social worker). Different multiprofessional technologies are presented at the background of the reviews metaanalysis. The attempt to differentiate these technologies according to the levels of psychiatric help was performed. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 3 (30). — P. 101-113).

Литература

1. Шизофрения: уязвимость - диатез - стресс - заболевание / А. П. Кошобинский, А. И. Скорик, И. О. Аксенова [и др.]. — СПб.: Гиппократ+, 2004. — 336 с.
2. Harrigan S. M. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? / S. M. Harrigan, P. D. McGorry, H. Krstev // Psychol. Med. — 2003. — Vol. 33, № 1. — P. 97-110.
3. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
4. Leathard A. Going Interprofessional. Working Together for Health and Welfare / A. Leathard. - London: Routledge, 1994. — 254 p.
5. Drinka T. J. Interdisciplinary geriatric teams: Approaches to conflict as indicators of potential to model teamwork / T. J. Drinka // Educational Gerontology. - 1994. — Vol. 20. - P. 87 - 103.
6. Jefferies N. Multidisciplinary team working: is it both hostile and effective? / N. Jefferies, K.K. Chan // Int. J. Gynecol. Cancer. — 2004. — Vol. 14, N 2. — P. 210 - 211.
7. Junor E.J. Management of ovarian cancer: referral to a multidisciplinary team members / E.J. Junor, D.J. Hole, C.R. Gillis // British Journal of Cancer. — 1994. - Vol. 70, N 2. - 363 - 370.
8. Tyrer J. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Cochrane Review) / Tyrer J. [et al.]. // The Cochrane Library. - 2003.
9. Paris C. R. Teamwork in multiperson systems: A review and analysis / C. R. Paris, E. Salas, J. A. Cannon-Bowers // Ergonomic. - 2000. — Vol. 43. — P. 1052 - 1075.
10. Pagliari C. Impact of group structure and process on multidisciplinary evidence-based guideline development: An observational study / C. Pagliari, J. Grimshaw // Journal of Evaluation in Clinical Practice. - 2002. — N 8. — P. 145-153.
11. Multidisciplinary Team Working: From Theory to Practice. Discussion Paper // Mental Health Commission. - 2006. — 72 p.
12. Berger M. Threats to the profession / M. Berger // Clinical Psychology Forum. — 1991. - N 28. — P. 26 - 29.
13. Byrne M. Community mental health team functioning: A review of the Literature / M. Byrne // The Irish Psychologist. — 2005. — Vol. 31/32. — N 12/1. — P. 347 - 351.
14. Wilson V. Multidisciplinary Teamworking. Beyond the Barriers? A Review of the Issues / V. Wilson, A. Pirrie // Scottish council for Research in Education. - 2000.
15. Interprofessional education: effects on professional practice and health care outcomes (Review) / S. Reeves, M. Zwarenstein, J. Goldman [et al.] // The Cochrane Library. — 2009. - Issue 4. — 24 p.
16. Rabuhl L.I. Outcomes of classroom-based team training interventions for multiprofessional hospital staff. A systematic review / L.I. Rabuhl, D. Illstergaard, T. Mogensen // Qual Saf Health Care. — 2010. — Vol. 19, N 27. — P. 1 - 11.
17. Абрамов В. А. Психосоциальная реабилитация больных шизофренией / В. А. Абрамов, Т. Л. Ряполова, И. В. Жигулина — Донецк: «Каштан», 2009. — 583 с.
18. Ряполова Т. Л. Ранняя реабилитация больных шизофренией (биопсихосоциальная модель) : автореф. дис. на соиск ученой степ. докт. мед. наук : спец. 14.00.16 «Психиатрия». — Харьков., 2010. — 36 с.
19. Гурович И. Я. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии / И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер, Я. А. Сторожакова. — М., 2004. — 492 с.
20. Qvretveit J. Making the team work! / J. Qvretveit // Prof. Nurse. — 1990. — Vol. 5, N 6. — P. 284 - 288.
21. Harkness E. F. On-site mental health workers delivering psychological therapy and psychosocial interventions to patients in primary care: effects on the professional practice of primary care providers / E. F. Harkness, P. Bower // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2010. - Issue 1 [DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2].
22. World Health Organization. Mental health: new understanding, new hope / WHO - Geneva: World Health Organization, 2001.
23. Rodgers J. Audit of primary care of people schizizophrenia in general practice in Lothian / J. Rodgers, G. Black, A. Stobbart, J. Foster // Quality in Primary Care. - 2003. — Vol. 11, N 2. — P. 133 - 140.
24. Lester H. Shared care for people with mental illness - a GP perspective / H. Lester // Advances in Psychiatric Treatment. — 2005. — Vol. 11. — P. 133 - 141.
25. Kisely S. Inequitable access for mentally ill patients to some medically necessary procedures / S. Kisely, M. Smith, D. Lawrence [et al.] // Canadian Medical Association Journal. — 2007. - Vol. 176, N 6. — P. 779 - 784.
26. Daumit G. Characteristics of primary care visits for individuals with severe mental illness in a national sample / G. Daumit, L. Pratt, R. Crum [et al.] // General Hospital Psychiatry. - 2002. Vol. 24. — P. 391 - 395.
27. Osborn D. Risk for coronary heart disease in people with severe mental illness: a cross sectional comparative study in primary care / D. Osborn, I. Nazareth, M. King // Br. J. of Psych. — 2006 — Vol. 188-P. 271 - 277.
28. Schizophrenia: core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (CG82). - London: National Institute for Health and Clinical Excellence. - 2009.
29. Adult mental health service mapping: report Autumn 2004 and Spring 2006. - Centre for Public Mental Health, Durham University. - 2006.
30. Crawford M. Providing continuity of care for people with severe mental illness / M. Crawford, E. Jonge, G. Freeman, T. Weaver // Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. — 2004. — Vol. 39. — P. 265 - 272.
31. Bower P. Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base / P. Bower, S. Gilbody // BMJ. — 2005. — Vol. 330. — P. 839 - 842.
32. Gilbody S. Educational and organisational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review / S. Gilbody, P. Whitty, J. Grimshaw, R. Thomas // JAMA. - 2003. — Vol. 289. — P. 3145 - 3151.
33. Huibers M. The effectiveness of psychosocial interventions delivered by general practitioners / M. Huibers, A. Beurskens, G. Bleijenberg, C. Van Schayck // Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2004. - Issue 3 [DOI: 10.1002/14651858.CD003494].
34. Bower P. On-site mental health workers in primary care: effects

on professional practice / P. Bower, B. Sibbald // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. - Issue 1 [DOI:10.1002/14651858.CD000532.pub2].

35. Katon W. A review of randomised trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care / W. Katon, J. Gonzales // *Psychosomatics*. – 1994- Vol. 35. – P. 268 – 279.

36. Bower P. The clinical effectiveness of counselling in primary care: a systematic review and metaanalysis / P. Bower, N. Rowland, R. Hardy // *Psychological Medicine*. – 2003. –Vol. 33. – P. 203 – 215.

37. Bower P. Effectiveness and cost effectiveness of counselling in primary care / P. Bower, N. Rowland, J. Mellor-Clark [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. – 2004. - Issue 3 [DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub2].

38. Bodenheimer T. Improving primary care for patients with chronic illness / T. Bodenheimer, E. H. Wagner, K. Grumbach // *JAMA*. – 2002. – Vol. 288, N 14. – P. 1775 – 1779.

39. Katon W. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist primary care physician and the practice nurse / W. Katon, M. Von Korff, E. Lin, G. E. Simon // *General Hospital Psychiatry*. – 2001. – Vol. 23. – P. 138 – 144.

40. Gask L. What work has to be done to implement collaborative care for depression? Process evaluation of a trial utilizing the normalization process model / L. Gask, P. Bower, K. Lovell [et al.] // *Implementation Science*. – 2010. - Vol. 5, N 15. – P. 1 – 11 [DOI: 10.1186/1748-5908-5-15].

41. Reilly S. Collaborative care approaches for people with severe mental illness (Protocol) / S. Reilly, C. Planner, L. Gask [et al.] // *The*

Cochrane Library. – 2012. - Issue 1. - 26 p.

42. Tornicroft G., Breakey W. R., Primm A. B. Case management and network enhancement of the long-term mentally ill // *Social support and psychiatric disorder: research findings and guidelines for clinical practice* / T.S. Brugha (Ed.) – Cambridge University Press, 1995. – P. 239 – 256.

43. Burns T. Case management or assertive community treatment. What is the difference? / T. Burns // *Epidemiologia e Psichiatria Sociale*. – 2008. - Vol. 17, N 2. – P. 99 – 105 [PUBMED: 18589623].

44. Arana J. D. Continuous case teams in intensive outpatient treatment of chronic mentally ill patients / J. D. Arana, B. Hastings, E. Herron // *Hosp. Community Psychiatry*. – 1991. – Vol. 42, N 5. – P. 503 – 507.

45. Malone D. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality (Review) / D. Malone, S. Marriott, G. Newton-Howes [et al.] // *The Cochrane Library*. – 2010. - Issue 3. – 38 p.

46. Dieterich M. Intensive case management for severe mental illness (Review) / M. Dieterich, C. B. Irving, B. Park, M. Marshall // *The Cochrane Library*. – 2011. - Issue 2. - 247 p.

47. Johnson S. So what shall we do about assertive community treatment?. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale* 2008; Vol. 17, issue 2:110–4. [PUBMED: 18589625].

48. Ряполова Т. Л. Роль реабилитационного диагноза в организации психиатрической помощи / Т. Л. Ряполова, В. А. Абрамов, О. Г. Студзинский, Е. А. Кокотова // *Український вісник психоневрології*. – 2012. – Т. 20, вып. 1 (70). – С. 72.

Поступила в редакцию 05.09.2012

К сведению авторов

К опубликованию в «Журнале психиатрии и медицинской психологии» принимаются оригинальные статьи по проблемам клинической, биологической и социальной психиатрии; медицинской психологии; патопсихологии, психотерапии; обзорные статьи по наиболее актуальным проблемам; статьи по истории, организации и управлению психиатрической службой, вопросам преподавания психиатрии и смежных дисциплин; лекции для врачей и студентов; наблюдения из практики; дискуссионные статьи; хроника; рецензии на новые издания, оформленные в соответствии со следующими требованиями:

1. Рукопись присылается на русском, украинском или английском языках в 3-х экземплярах. 2 экземпляра должны быть напечатаны на бумаге формата А4 через два интервала. Третий, **ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ**, электронный экземпляр рукописи готовится в любом текстовом редакторе Microsoft Office или «Лексикон» и присылается в одном файле на дискете или по электронной почте.

2. Объем оригинальных статей должен быть не более 12 страниц машинописного текста, рецензий - 8 страниц, наблюдений из практики, работ методического характера - 12 страниц, включая список литературы, таблицы, подписи к ним, резюме на английском, украинском и русском языках.

3. Статья должна иметь визу руководителя (на 2-ом экземпляре), официальное направление учреждения (1 экз.) и экспертное заключение (2 экз.).

4. На первой странице, в левом верхнем углу приводится шифр УДК, под ним (посередине) - инициалы и фамилии авторов, ниже - название статьи большими буквами и наименование учреждения, в котором выполнена работа, затем пишутся ключевые слова (не более 6-ти), которые должны отражать важнейшие особенности данной работы и, при необходимости, методику исследования.

5. Название статьи, отражающее основное содержание работы, следует точно сформулировать.

6. Изложение должно быть максимально простым и четким, без длинных исторических введений, повторений, неологизмов и научного жаргона. Статья должна быть тщательно выверена: химические и математические формулы, дозы, цитаты, таблицы визируются автором на полях. Авторы должны придерживаться международной номенклатуры. За точность формул, названий, цитат и таблиц несет ответственность автор.

7. Необходима последовательность изложения с четким разграничением материала. При изложении результатов клинко-лабораторных исследований рекомендуется придерживаться общепринятой схемы: а) введение; б) методика исследования; в) результаты и их обсуждение; г) выводы или заключение. Методика исследования должна быть написана

очень четко, так, чтобы ее можно было легко воспроизвести.

8. Таблицы должны быть компактными, наглядными и содержать статистически обработанные материалы. Нужно тщательно проверять соответствие названия таблицы и заголовка отдельных ее граф их содержанию, а также соответствие итоговых цифр и процентов цифрам в тексте таблицы. Достоверность различий следует подтверждать статистически.

9. Литературные ссылки в тексте осуществляются путем вставки в текст (в квадратных скобках) арабских цифр, соответствующих нумерации источников в списке литературы в порядке их упоминания в тексте (Ванкуверская система цитирования).

10. Библиографическое описание оформляется в соответствии с ДСТУ ГОСТ 71:2006 «Система стандартів з інформації, бібліотечної та видавничої справи. Бібліографічний запис. Бібліографічний опис. Загальні вимоги та правила складання».

11. Рукопись должна быть тщательно отредактирована и выверена автором. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть в тексте объяснены.

12. К статье прилагается резюме (150-200 слов) на трех языках (русский, украинский, английский). В резюме необходимо четко обозначить цель, методы исследования, результаты и выводы. Обязательным является обозначение полного названия статьи, фамилий и инициалов всех авторов и организации(й), где была выполнена работа.

13. Редакция оставляет за собой право сокращения и исправления присланных статей.

14. Направление в редакцию работ, которые уже напечатаны в других изданиях или посланы для опубликования в другие редакции, не допускается.

15. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, не рассматриваются. Не принятые к печати в журнале рукописи авторам не возвращаются.

16. К материалу прилагается анкета автора, в которой необходимо указать: Ф. И. О., дату рождения, какое высшее учебное заведение окончил и в каком году, ученую степень, ученое звание, почетные звания, должность и место работы, основные направления научных исследований, количество научных работ, авторство монографий (названия, соавторы, издательство, год выпуска) .

17. Статьи направляются по адресу: 83017, Украина, г. Донецк, ул. Одинцова, 19. Донецкая областная клиническая психиатрическая больница. Кафедра психиатрии ДонНМУ, редакция «Журнала психиатрии и медицинской психологии».

e-mail: psychea@mail.ru, dongournal@mail.ru

сайт журнала: psychiatry.dsmu.edu.ua

Редколлегия журнала