

# РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ В ОНКОХВОРИХ: ЕКСПЕРТНА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА

**О. А. Ревенок, О. П. Олійник, С. С. Шум**

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

Науково доведено, що поширеність психічних розладів у хворих із злоякісними новоутвореннями значно вища, ніж у загальній популяції. Розлади свідомості посідають особливе місце у структурі психічних порушень при онкопатології, оскільки є одними з найбільш глибоких розладів психіки, що порушують цивільну дієздатність особи. Вірогідність розвитку порушень свідомості збільшується при прогресуванні онкологічної хвороби. Особливо часто вони спостерігаються в термінальних стадіях онкохвороби.

У результаті клінічних досліджень на контингенті осіб з онкологічними захворюваннями у термінальних стадіях було з'ясовано, що розлади свідомості відзначались у 29,8% онкохворих. З них у 22,6% випадків спостерігалися непсихотичні розлади стадії оглушення (обнубіляції та сомнолентності). У 7,1% випадків — психотичні розлади свідомості за типом делірію.

За динамікою спостерігались два типи порушень свідомості у хворих :

- 1) ремітуючий, з періодами чередування порушеної та поновленням ясної свідомості під впливом екзогенно-ендогенних факторів (наприклад, ракової інтоксикації, ускладнень онкопатології, дезінтоксикаційної терапії тощо). Такі транзиторні розлади свідомості зазвичай носили тимчасовий скороминущий перебіг, тривали від декількох хвилин до декількох годин і мали характер оглушення з порушенням усвідомлення об'єктивної дійсності, дезорієнтуванням, фрагментарним сприйняттям навколишнього, відсутністю реакцій на незначні подразники, малопродуктивністю мовного контакту тощо. Цей тип порушень свідомості становив найбільші діагностичні труднощі у плані своєчасного виявлення, диференціальної діагностики з глибокими астенічними станами та фіксуванням у медичній документації. Розлади свідомості неглибокого рівня, з чітким діагностуванням цих станів, вкрай рідко були відображені в історіях хвороби. Здебільшого лікарі лише опосередковано відображали їх клінічну картину, фіксуючи у своїх записах погіршення загального стану хворих, їх загальмованість, утруднення контакту, відсутність відповідей на більшість питань, реакцій на тиху мову тощо. При цьому нерідко зазначали «свідомість ясна», що зводило нанівець достовірність діагностичної оцінки та судово-психіатричну оцінку медичних даних щодо стану хворого;
- 2) поступово-прогресуючий тип перебігу розладів свідомості зазвичай свідчив про кінцеву стадію процесу. Починаючись із симптомів оглушення, розлади свідомості, прогресивно поглиблюючись, переходили в кому

з подальшим летальним кінцем, без світлих проміжків, без відновлення ясної свідомості або поліпшення. У цьому періоді родичі (навколишні) хворого, усвідомлюючи наближення летального кінця, іноді терміново намагались ініціювати укладання юридичних угод, надалі може стати підґрунтям судового розгляду та призначення експертизи.

Особливістю деліріозних станів в онкохворих була невиразність психомоторного збудження через фізичну виснаженість та астенизацію. Клінічна картина делірію в онкохворих характеризувалася наявністю зорових ілюзій та галюцинацій страхітливого змісту, порушенням орієнтування та адекватного сприйняття навколишньої дійсності, відсутністю повноцінного контакту, зміною мовної продукції, неадекватністю висловлювань, поведінки, емоційними реакціями роздратованості, страху, агресивності до оточення. Через виснаженість та астенію фізична активність хворих зазвичай була обмежена ліжком або межами палати, проте в деліріозному стані вони намагались встати з ліжка, покинути палату, некритично відмовлялися від лікування, агресивно реагували на спроби їх заспокоїти та допомогти. Деліріозні розлади свідомості не становили діагностичних труднощів. Ці стани досить повно відображались в історіях хвороби та зазвичай були причиною консультації лікаря-психіатра.

На противагу їм, непсихотичні розлади свідомості за типом неглибоких стадій оглушення (обнубіляції, сомноленції) здебільшого лишалися недіагностованими психічними розладами, незафіксованими в медичній документації і, як наслідок, не були причинами призначення консультації психіатра, оскільки розцінювалися лікарями в межах «звичайних астеничних проявів у тяжко хворих на рак», що надалі у разі можливого проведення судово-психіатричної експертизи, може призводити до невідповідності експертних висновків реальному стану пацієнта.

У жінок розлади свідомості спостерігалися частіше, ніж у чоловіків.

Клінічна картина розладів свідомості непсихотичного рівня та станів глибокої астенії ідентична за своїми клінічними проявами, що викликає диференціально-діагностичні труднощі. Основною відмінною ознакою, притаманною розладам свідомості, є дезорієнтування в оточенні, ситуації, місці перебування. При станах навіть глибокої астенії орієнтування у власній особистості, часі, місці перебування у хворих зберігається. Діагностична ідентифікація цих станів має суттєве значення для судово-психіатричної експертної оцінки. Розлади свідомості будь-якого рівня однозначно унеможливають здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними.

Глибока астенія із загальмованістю, сонливістю, утрудненням мовного контакту з короткими відповідями на питання після паузи тихим голосом, важкістю відтворення інформації, виснажливістю, байдужістю до оточення, апатичністю, підвищеною сугестивністю в такому стані може впливати на здатність адекватно усвідомлювати навколишню дійсність, розуміти сутність і фактичний характер явищ та подій, планувати та усвідомлювати наслідки власних, тим більше юридично значущих учинків при збереженні поверхневого розуміння суті подій.

# ЗНАЧЕННЯ КАТАМНЕЗУ В СУДОВІЙ ПСИХІАТРІЇ НА ЕТАПІ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ

**В. І. Мельник, А. В. Мельник**

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології,  
м. Київ*

Катамнез — сукупність відомостей про стан хворого та подальший перебіг хвороби після її встановлення і виписки хворого зі стаціонару (ВМЕ). Особливо велике значення має катамнез у судовій психіатрії та свою специфічність на різних її етапах (при проведенні судово-психіатричної експертизи та при застосуванні примусових заходів медичного характеру). Загальною його специфічністю в судовій психіатрії є те, що він відображає як клінічну діагностику, динаміку захворювання, так і соціальні показники — соціальну адаптацію підекспертного та її динаміку, формування негативних соціально-особистісних настанов, асоціальної поведінки та протиправних дій. Крім того, якщо підекспертний раніше судово-слідчими органами скеровувався на судово-психіатричну експертизу, то катамнез відображає і такі специфічні категорії у судовій психіатрії, як дієздатність/недієздатність, осудність/неосудність, застосування примусових заходів медичного характеру, їх вид та ефективність, здатність підекспертного захищати свої інтереси при судовому розгляді справи в суді та ін. У тих випадках, коли особа, яка до скерування її на судово-психіатричну експертизу спостерігалася психіатром, експертиза є катамнестичною перевіркою встановленого їй діагнозу. Якщо підекспертний раніше проходив судово-психіатричну експертизу (в інших справах), катамнез у цих випадках є перевіркою істинності винесених експертних висновків. При тому катамнез дає можливість виявити ті ланцюги, на рівні яких експерти припустилися помилок при обґрунтуванні експертного висновку, та встановити критерії, які при проведенні наступних судово-психіатричних експертиз сприятимуть уникненню таких помилок. Особливо це важливо в тих випадках, які у практиці судово-психіатричної експертизи найчастіше є складними — відокремлення психогенних (реактивних) психічних розладів від шизофренії.

# ДОСВІД СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ЖЕРТВ СКНИЛІВСЬКОЇ КАТАСТРОФИ

**В. Й. Гуцал, А. З. Маланчук, О. Б. Сувало, З. В. Кошулинська**

Судово-психіатричне відділення  
КЗ «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня»

Ця стаття є спробою поділитися власним досвідом щодо проведення судово-психіатричних та психологічних експертиз потерпілих унаслідок техногенних катастроф, а також труднощів, з якими стикнулися експерти, проблемами та особливостями експертної оцінки.

Дослідження екстремальних перевантажень традиційно відбувалося перш за все в зв'язку з війнами. Наявні роботи значною мірою спираються на досвід війн свого часу (Першу та Другу світові війни, військові конфлікти у В'єтнамі, Афганістані, Перській затоці, на Балканах та ін.).

Більшість авторів услід за М. J. Horowitz (1980) у межах посттравматичної патології виділяють три основні групи симптомів :

- 1) надмірне збудження (включаючи вегетативну лабільність, порушення сну, тривогу, нав'язливі спогади, фобічні уникнення ситуацій, які асоціюються з травматичними);
- 2) періодичні приступи депресивного настрою (притупленість почуттів, емоційне заціпеніння, відчай, усвідомлення безперспективності);
- 3) риси істеричного реагування (паралічі, сліпота, глухота, припадки, нервовий тремор).

Серед невротичних та патохарактерологічних синдромів виділяють характерні для посттравматичних розладів стани: *«солдатське серце»* (біль за грудиною, серцебиття, переривчастість дихання, підвищена пітливість); *синдром вцілілого* (рос. — *«синдром выжившего»*) (хронічне почуття вини уцілілого після бойових дій); *флешбек-синдром* (нав'язливі спогади про пережиті «нестерпні» події; виникнення *«комбатантої»* психопатії (агресивність та імпульсивна поведінка зі спалахами насильства, зловживання алкоголем та наркотиками, невпорядковані сексуальні зв'язки при одночасній замкнутості та підозрливості); *синдром прогресуючої астенії* («післятаборова» астенія, яка спостерігалася після повернення до нормального життя у вигляді швидкого старіння, втрати ваги, психічної млявості та прагнення до спокою); *посттравматичні рентні стани* (набута інвалідність з усвідомленою вигодою від належних пільг та привілеїв з переходом до пасивної життєвої позиції).

З початку 80-х років існує самостійний дослідницький напрямок, який займається екстремальними перевантаженнями в мирний час, їх подоланням та наслідками, в результаті чого виникли такі поняття, як «травматичні перевантаження», «травматичний стрес» або, просто кажучи, «психологічна травма».

Травматична подія виникає тоді, коли вона пов'язана зі смертю, загрозою життю, важким пораненням або іншою загрозою фізичної цілісності; при тому дана подія може стосуватися особи безпосередньо чи опосередковано — через релевантних осіб. Іноді травма виникає через те, що особа є свідком загрозової небезпеки, поранення чи смерті зовсім чужої їй людини.

Отже, травматичний стрес можна визначити як специфічний клас критичних, змінюючих життя подій, для яких характерні такі характеристики: вони небажані, мають вкрай негативний вплив через серйозну загрозу (особисто) життю та високу інтенсивність; їх важко контролювати, аж до повної втрати контролю; як правило, вони перевищують можливість оволодіння ситуацією й найчастіше є непередбачуваними. Для них властива яскраво виражена новизна, несподіваність та непередбачуваність. Для адаптації до нових умов необхідні великі енергетичні витрати, оскільки зазвичай ці події стосуються не лише самого індивіда, а й близьких йому людей. З огляду на зазначене можна сказати, що жертви травматичних подій переживають багаторазові перевантаження, а нерідко ще й наслідки цих перевантажень, включаючи визнання особи «жертвою».

Незважаючи на інтенсивність травматичних подій, їх екстремальну негативність, великі витрати, необхідні для адаптації, реакції на них різняться. Через деякий час у більшості людей ці події минають або опрацьовуються. Але не варто займатися самообманом — як правило, травми залишають після себе відчутні наслідки у вигляді психічних змін, які не завжди розвиваються у психічний розлад. Необхідно враховувати, що порушення такого роду гетерогенні: розлад може виникнути швидше (через хвилини чи години) чи повільніше (через дні, тижні чи місяці) та мати середню чи сильну вираженість.

У системах МКХ-10 та DSM-IV наявні діагностичні критерії, які кваліфікують реакції на травматичні події. Серед них розрізняють: гострі реакції на стрес (тривалість — години, дні); розлади адаптації (тривалість: тижні, <6 місяців); посттравматичний стресовий розлад (виникає після латентного періоду, тривалість різна). На доповнення до цієї категорії розладів має значення інша діагностична група, яка описує хронічні зміни особистості після переживання катастрофи. Окрім стресових розладів адаптації, у жертв важких стресів часто можна спостерігати інші психічні розлади та реакції.

Розвиток людства суттєво впливає на навколишнє середовище, що збільшує ризик виникнення антропогенних та техногенних катастроф. Техногенні катастрофи, описані письменниками-фантастами та футуристами 50–60-х років минулого століття, сьогодні стають трагічною реальністю. Вони є одними з найбільш непередбачуваних подій, які швидко розвиваються та чинять великий стресогенний вплив на організм людини. В осіб, які працюють у зоні катастрофи чи мають дотичність до цих подій (медичні працівники, родичі, які беруть участь в упізнанні понівечених тіл), також підвищується ризик розвитку депресій чи посттравматичних стресових розладів.

Одна з найбільших техногенних катастроф в Україні сталася 27 липня 2002 року під час авіаційного шоу на Скнилівському летовищі у Львові. Тоді

військовий винищувач, виконуючи фігури пілотажу, впав у натовп глядачів. У цій катастрофі загинуло 77 людей, близько 300 осіб отримали тілесні пошкодження різного ступеня тяжкості, у т. ч. близько 100 — тяжкі. Сотні людей пережили «шок», пов'язаний з реальною загрозою для життя, стали свідками жакливої «м'ясорубки». За даними Української асоціації психотерапевтів, невдовзі після катастрофи більш як 500 людей з посттравматичними стресовими розладами зверталися за допомогою до медиків.

За фактом падіння літака та загибелі людей було порушено кримінальну справу. У процесі слідства, за постановами слідчих органів експертним відділенням Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня» було проведено 117 судово-психіатричних експертиз потерпілих для встановлення наявності психічних розладів та їх причинно-наслідкового зв'язку з подією на летовищі. У тому числі було проведено 53 експертизи потерпілим дітям.

При проведенні даних експертиз ми стикнулися з низкою організаційних, професійних, моральних, клінічних та експертних складнощів, які полягали в такому:

1. Значне збільшення кількості експертиз за короткий період часу.
2. Відсутність достатнього особистого та колективного досвіду в роботі з категорією таких підекспертних, а також у ділянці проведення такого роду експертиз.
3. Відсутність значного досвіду діагностики перебігу психічних розладів у дітей.
4. Значне особисте співпереживання експертів, що могло перешкоджати об'єктивності експертного дослідження.
5. Відсутність єдиної операційної термінологічної системи в досліджуваній медичній документації, особливо в медичних записах лікарів-інтерністів.
6. Низька інформативність медичної документації, показів свідків.
7. Розмитість в окремих випадках клінічних меж різних психічних розладів (клінічно «тяжкі» випадки).
8. Складнощі оцінки причинно-наслідкового зв'язку між травмою та розладами, які виникли у випадках коморбідності з іншими психічними розладами, екзацербациями наявних психічних розладів, виникнення психосоматичних розладів чи загострення фізичного захворювання.
9. Труднощі у спільній з судовими медиками оцінці тяжкості наявних розладів через те, що така оцінка зроблена в основному з урахуванням фізичних травм і мало корелює з особливостями перебігу психічних розладів.

Подолання цих складнощів потребувало значних зусиль, додаткових витрат часу, проведення організаційних заходів, швидкого освоєння нової інформації, накопичення досвіду, залучення інших спеціалістів (дитячих психіатрів, психологів та ін.), що, в свою чергу, призводило до виникнення хронічного стресу в експертів.

У зв'язку з тим при опрацюванні матеріалу та написанні даної праці проведено верифікацію між клінічними симптомами та діагностичними кри-

теріями. У деяких випадках це призвело до уточнення чи зміни клінічного діагнозу, що, зрештою, не могло б суттєво вплинути на експертне рішення. Подані нижче дані викладено з урахуванням цих змін.

Варто зазначити, що, очевидно, не всі потерпілі були скеровані на судово-психіатричну експертизу. Слідство активно співпрацювало з керівними структурами органів охорони здоров'я, куди первинно збиралася вся інформація про випадки та причини звернення в медичні заклади з метою відбору "прямих" потерпілих. Тому випадки експертиз хворих осіб із загостреннями психічних розладів, потерпілих, які втратили близьких, але не були безпосередніми учасниками подій, були поодинокими. Не потрапили до числа потерпілих (в юридичному значенні цього слова) також особи, у яких, можливо, були психічні проблеми, але вони з тих чи інших причин не зверталися за допомогою в медичні заклади.

Достовірно визначити ризик розвитку тих чи інших травматичних розладів у даній ситуації було надзвичайно важко через неможливість повного обстеження всіх осіб, які були під час цієї трагедії. Також неможливо визначити силу впливу стресу на кожну окрему людину, хоча б з огляду на різну віддаленість від центру подій. Проте окремі результати можуть свідчити про певні загальні тенденції. При обробці даних ми виходили з логічної передумови, що глядачами були в основному психічно здорові особи молодого та зрілого віку при однаковій кількості осіб чоловічої та жіночої статі, з можливою кількісною перевагою молодших осіб чоловічої статі, враховуючи сам характер авіашоу.

При судово-психіатричному дослідженні нами було діагностовано 123 випадки травматичних психічних розладів. Тобто з 117 проведених експертиз у 6 випадках в однієї й тієї ж особи діагностовано два та більше травматичні розлади, наприклад, при трансформації гострої реакції на стрес в інший психічний розлад. У всіх вікових групах виявлено практично всі види травматичних психічних розладів: гострі реакції на стрес, посттравматичний стресовий розлад, розлади адаптації, психосоматичні розлади та інші невротичні синдроми, органічні розлади, а також визначено найбільшу категорію потерпілих, у яких деякі симптоми перебували на доклінічному рівні. У зв'язку з проведенням експертиз у короткий часовий проміжок після травми такі розлади, як хронічні зміни особистості після переживання катастрофи, виявлено не було.

Дані за віковими категоріями потерпілих наведено в таблиці 1.

**Таблиця 1**

<b>Вік</b>	<b>Діти до 12 років</b>	<b>Підлітки 12–18 років</b>	<b>Дорослі 19–35 років</b>	<b>Дорослі 36–60 років</b>	<b>Дорослі ≥61 років</b>	<b>Всього</b>
Кількість експертиз	53	14	24	20	6	117
Процентне співвідношення	45%	12%	21%	18%	4%	100%

З наведених даних можна зробити висновок, що найбільш вразливими до дії стресу є діти віком до 12 років, котрі становлять 45% випадків усіх проведених експертиз. Як виявлено за нашими даними, найменш схильні до таких травматичних стресових розладів особи підліткового віку, усього 12% випадків, враховуючи, що кількість підлітків серед глядачів авіашоу повинна була бути значною.

Очевидно, ця вікова категорія має найбільшу резистентність, найменш піддатлива до таких травматичних розладів у зв'язку з схильністю в цьому віці до екстремальної поведінки, відсутністю страху смерті, втратою певних прив'язаностей. Кількість осіб віком понад 61 рік, очевидно, було незначною серед глядачів, що визначило невелику кількість потерпілих цієї вікової категорії.

Дані клінічних станів потерпілих наведено в таблиці 2.

**Таблиця 2**

Вік/ Діагноз	Діти до 12 років	Підлітки 12–18 років	Дорослі 19–35 років	Дорослі 36–60 років	Дорослі ≥61 року	Всього	Спів-відношення
Гостра реакція на стрес	4	2	3	3	2	14	11%
ПТСР	40	11	17	10	1	79	64%
Розлад адаптації	–	–	1	3	1	5	4%
Інші невротичні та психосоматичні розлади	3	–	5	4	1	13	11%
Психотичні розлади	–	–	–	1	–	1	0,7%
Посткомоційні розлади	1	–	–	1	–	2	1,6%
Загострення наявних психічних розладів	1	–	–	–	–	1	0,7%
Практично здорові	4	1	1	1	1	8	7%

Найбільшу кількість (64%) серед усіх вікових груп становить посттравматичний стресовий розлад. Відносно часто спостерігалися гостра реакція на стрес (11%), а також невротичні та психосоматичні розлади (11%). Гострі реакції на стрес перебігали з реакцією оглушеності, звуження поля свідомості та зниженням уваги, що супроводжувалося дезорієнтацією, де-реалізацією та проявлялося або «психологічною втечею» від навколишньої ситуації аж до ступору, або ажитацією та гіперактивністю. Досліджувані особи не були здатними адекватно реагувати на зовнішні стимули — «усе відбувалося, як у кіно».

Посттравматичні стресові розлади були різного ступеня тяжкості та різної тривалості, супроводжувалися типовими ознаками, які включали епізоди повторного переживання травми у вигляді нав'язливих спогадів (ремінісценції), снів, жахливих сновидінь, які виникали на фоні хронічного відчуття «заціпеніння» та емоційної притупленості; відчуження від інших людей; відсутність реакції на навколишні події; ангедонії та ухиляння від діяльності та ситуацій, які нагадували про травму. У дітей у 25% випадків цей розлад перебігав із реакціями регресу.

Інші невротичні стани характеризувалися затяжними невротичними реакціями з переважанням тривожних та депресивних станів у дорослих та поведінкових розладів, зокрема фобій, у дітей або виникненням психосоматичних розладів. Вони не мали чітких клінічних критеріїв посттравматичного стресового розладу чи розладу адаптації.

Розлади адаптації в основному діагностовано в потерпілих старшого віку, які втратили близьких людей, хоч і не були безпосередніми учасниками події. Додатковими психотравмуючими обставинами для них були пошук та упізнання часто розчленованих тіл рідних осіб.

Кількість досліджуваних, які отримали комбіновані фізичні та психічні травми, була незначною — усього 9 випадків, в основному з легкими тілесними пошкодженнями; у 2 випадках діагностовано посткомоційні синдроми. Можливо, фізична травма та супутні їй переживання були настільки значними, домінуючими у свідомості, що унеможлилювали переживання психічної травми та розвиток посттравматичних розладів. Навпаки, комбінована психічна травма, пов'язана з безпосереднім перебуванням у центрі подій та втратою близьких людей, призводила до особливо сильних, тривалих та затяжних посттравматичних психічних розладів.

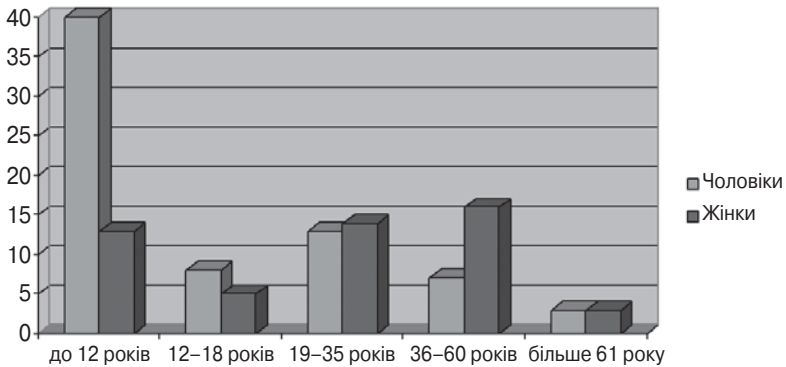
У 6 випадках нами було діагностовано коморбідність психічних розладів (наявність посттравматичного стресового розладу та іншого психічного захворювання):

- 1 — шизофренії;
- 1 — раннього дитячого аутизму;
- 1 — генералізованого тривожного розладу;
- 3 — органічних психічних розладів.

У всіх зазначених випадках відзначалося загострення раніше притаманних даному захворюванню симптомів, але домінуючими, клінічно значущими були посттравматичні. У хворого на шизофренію, наприклад, відновилися «напливи думок», які, щоправда, були пов'язані лише з травматичними переживаннями. Достатньо складно було віддиференціювати ці розлади від напливів насильницьких спогадів про «непереносимі» події, повторного переживання травми.

Структуру відмінностей у виникненні травматичних розладів за статевою ознакою відображено в діаграмі 1.

**Діаграма 1**



З наведених у діаграмі даних можна зробити висновок про зниження ризику захворювання з віком у чоловіків та підвищення ризику захворювання на травматичні розлади в жінок зрілого віку (група віком 36–60 років).

### **Висновки**

Отже, при тяжких травматичних подіях, пов'язаних із загрозою життю або іншою загрозою фізичної цілісності, як правило, виникають усі види стресових травматичних розладів. Найбільш уразливими до дії стресу є діти до 12 років та жінки зрілого віку. Найменш схильні до таких травматичних стресових розладів особи підліткового віку. Найбільшу кількість серед усіх вікових груп було виявлено посттравматичних стресових розладів. Відносно часто спостерігалися гострі реакції на стрес, а також невротичні та психосоматичні розлади. Фізичні травми та супутні їм переживання є настільки значними й домінуючими у свідомості, що це суттєво зменшувало переживання психічної травми та розвиток посттравматичних розладів.

# ПОСТТРАВМАТИЧНІ НАСЛІДКИ ГОЛОДОМОРУ

*Н. Долішня, С. Рослюк*

*Регіональний психотерапевтичний центр КЗЛОКПЛ*

Табу є важливим фактором, що безпосередньо стосується створення культури народу, системи мислення і поведінки, сприйняття світу і самого себе, а отже, ідентичності. Замовчування, страх, заборона, сором — ось ті почуття, які змінюють уявлення про себе і навколишній світ.

Можна не поділяти думок батьків, учителів, можна чинити опір, але важко вести боротьбу з забороною, яка загрожує існуванню або важко карається.

Останнім часом багато дискусій точилося довкола проблеми Голодомору в Україні. Погляди людей і можновладців на цю тему докорінно відрізнялися. Одні вважали Голодомор просто жажливою сторінкою української історії, про яку не варто згадувати, інші, а серед них психіатри і психотерапевти, били на сполох, закликаючи осмислити його наслідки для людини.

Відомо, що історія живе в людях, їхніх почуттях, переживаннях, учинках, думках. Чому ж не хочуть згадувати Голодомор? Чи продовжує залишатися Голодомор табуваною проблемою? Мабуть, ні. Але не порушувати цього питання означає продовжувати використовувати позасвідомі переживання людей, щоб зберегти існуючу десятиріччями систему заборон і покарань, залежності і страху.

Які ж почуття ми замовчуємо? Зазвичай табуованими є ті почуття, які викликають у людини неспокій, сором, злість, гнів і співчуття, які заборонено проявляти. Їх хочеться замовчувати, до них небажано торкатися, їх уникають. Але саме ці почуття відіграють значну роль у формуванні ідентичності українського народу й чинять свій відчутний вплив на стосунки Заходу і Сходу. Табу на тему Голодомору спотворило формування ідентичності народу, а саме, бажання віднайти відмінності й виокремити особистісну різницю «западенців» і «східняків». Зміну українського суспільства зумовив і той факт, що народ з допомогою уникаючої поведінки запобігав виникненню почуття болю і суму. Це нагадує ситуацію, коли дитина, яка люблячи свою агресивну і непередбачливу матір, утікає від неї і переживає безсилля і сум через неможливість отримати від неї любов.

У клінічному розумінні можна говорити про посттравматичний стресовий розлад, проявом якого є тривала зміна характерологічних особливостей людини. Можна виділити кілька базових підстав для виникнення посттравматичного стресового розладу, пов'язаного з Голодомором, а саме:

- наслідки оральної депривації безпосередньо для особи;
- наслідки у сфері традицій, звичаїв, культури;
- наслідки для українського соціуму в цілому — для мешканців сіл та міст;
- наслідки у встановленні міжособистісних контактів.

Голодомор великою мірою призвів до руйнування моральних засад людськості. Значних втрат зазнала мораль, совість, прив'язаність.

Окремим фактором, що спричинив зміну особистості внаслідок пережитого стресу, були страждання тих, хто вижив, і переживання ними вини за безпорадність і неспроможність врятувати помираючих від голоду. Втрачається самоповага і віра в інших людей, знижується самооцінка.

Унаслідок цього люди стали залежними від чужої сили, малоініціативними, легше піддаються впливам, стають «робочою масою», дають себе використати, люмпенізуються.

Сьогодні ми можемо стверджувати, що жити з болем у серці, почуттям вини й безпорадності, не говорити про занепащені мільйони невинних душ і не бачити тих змін, які відбулися в нашому суспільстві, означає стати мовчазними свідками і співучасниками подальшої динаміки посттравматичного стресового розладу, зберігати систему заборон, покарань, залежності та страху.

Тому усвідомлення наслідків Голодомору 1932–1933 рр. є не просто даниною історії українського народу чи спробою пояснити проблеми нашої країни, воно може стати для психотерапевтичної спільноти «дорожньою картою» в оздоровленні українського суспільства в цілому, поверненні до своїх традицій, мови, духовності (і не тільки українців), терапії багатьох пацієнтів невротичного та межового рівня розладів.

# ОСТРАЯ РЕАКЦИЯ НА СТРЕСС И ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**А. А. Ткаченко**

*(Москва, ФГУ «ГНЦ ССП им. В. П. Сербского»)*

Патологические аффективные реакции в МКБ-10 объединены в рубрике «Острая реакция на стресс», входящей в раздел «Реакций на тяжелый стресс и расстройств адаптации» (F43). Примечательна преамбула к данной категории, подчеркивающая, что она группирует расстройства не столько в силу общности симптоматологии и течения, сколько на основании наличия причинного фактора в виде стрессового воздействия. Признается, что симптомы, из которых складываются эти расстройства, могут встречаться и при других видах патологии. Закономерно поэтому, что по своей психопатологической структуре острая реакция на стресс (ОРС) обнаруживает интимные связи с двумя соседними рубриками – тревожными (F41) и диссоциативными (F44) расстройствами.

Клиническое описание ОРС в «Исследовательских диагностических критериях» МКБ-10 приводит следующие ее признаки:

- А. Воздействие исключительного психологического или физического стрессора.
- Б. Симптомы возникают немедленно вслед за подверженностью стрессору (в течение часа).
- В. Выделяются две группы симптомов; реакция на острый стресс подразделяется:

## **F43.00 легкая**

выполняются только клинические критерии для генерализованного тревожного расстройства (F41.1) (критерий 1)

## **F43.01 умеренная**

выполняются критерии диагностики генерализованного тревожного расстройства (F41.1) и имеются любые два симптома из критерия 2)

## **F43.02 тяжелая**

выполняются диагностические критерии генерализованного тревожного расстройства (F41.1) и имеются любые 4 симптома из критерия 2); или имеется диссоциативный ступор (F44.2).

Первая группа симптомов совпадает с клинической картиной генерализованного тревожного расстройства (F41.1). Особый критерий (Г) устанавливает временные рамки возникновения и течения острой реакции на стресс: если стрессор преходящий или может быть облегчен, симптомы должны начинать уменьшаться не более чем через восемь часов. Если

стрессор продолжает действовать, симптомы должны начать уменьшаться не более чем через 48 часов. Тем самым ОРС оказывается, по сути, остро протекающим вариантом генерализованного тревожного расстройства, которое таким образом предстает прототипическим случаем генерализованных тревожных синдромов с длящейся в течение нескольких месяцев персистирующей симптоматикой.

Между тем, приведенные выше клинические проявления не исчерпывают картину ОРС — критерий 2 дополняет перечисленные симптомы следующими:

- а) Уход от предстоящих социальных взаимодействий;
- б) Сужение внимания;
- в) Проявления дезориентации;
- г) Гнев или словесная агрессия;
- д) Отчаяние или безнадежность;
- е) Неадекватная или бесцельная гиперактивность;
- ж) Неконтролируемое и чрезмерное переживание горя (рассматриваемое в соответствии с местными культуральными стандартами).

Сюда можно добавить и диссоциативную амнезию, упоминаемую в основных критериях МКБ-10 с прямой отсылкой к соответствующему шифру (F44.0).

Эти критерии учитывают сложившиеся представления о влиянии тревоги на когнитивные процессы. Как известно, для всех эмоций, включая тревожность, характерны три уровня проявлений. В восходящем порядке это — нейроэндокринный, двигательно-висцеральный и, наконец, уровень осознанного понимания. Поэтому кроме двигательных и висцеральных проявлений тревожности следует учитывать ее влияние на мышление и восприятие. Тревожность вызывает спутанность и расстройство восприятия не только во времени и пространстве, но также людей и значения событий. Важным аспектом эмоционального (тревожного) мышления является его селективность, которая становится инструментом выработки предубеждений, априори определяя значение события прежде, чем оно случится, или стереотипно относя лицо или событие к определенному классу или группе на основе наличия у них общих свойств [3].

В целом речь идет о высокой вероятности возникновения диссоциативных расстройств. Этот факт наиболее однозначно воспринят DSM-IV-TR [16], где прямо говорится, что клиническая картина возникающего в ответ на стрессовое воздействие острого состояния включает именно диссоциативные симптомы (три и более из следующих: субъективное ощущение оцепенения, отчуждения или отсутствия чувств; редукция осознания окружающего; дереализация; деперсонализация, диссоциативная амнезия), определяющие психопатологию расстройства сознания.

Возникают затруднения при попытке разграничения ОРС с «физиологическим аффектом», не выходящим за пределы психической нормы. Если ориентироваться на принятые критерии диагностики, то состояние, охватываемое первым понятием, может оказаться менее тяжелым, чем те,

которые соответствуют второй категории. Так, легкая степень ОРС (с отсутствием диссоциативных симптомов) оказывается менее выраженным состоянием, нежели аффект, подразумевающий сужение сознания. Примечательно, что такое понимание согласуется с правовой оценкой степени дисрегуляции поведения при них: констатация ОРС с большой степенью вероятности ведет к рекомендации оценки юридического критерия ограниченной вменяемости с неопределенными правовыми последствиями, тогда как диагностика аффекта влечет перекалфикацию деяния на привилегированный состав обвинения с более чем двукратным снижением санкции. То есть при аффекте опять же может подразумеваться более глубокая степень нарушения саморегуляции.

Широко известны и трудности дифференциации патологического и физиологического аффектов, которые основаны на разграничении помрачения и сужения сознания. Сужение сознания характеризуется тем, что человек осознает относительно узкий круг явлений, только ближайшие цели действий, непосредственно связанные с испытываемыми в данный момент переживаниями, что ведет к снижению уровня сознательной волевой регуляции поведения. Считается, что состояния сужения и помрачения сознания *качественно* отличаются друг от друга [4]. Главной для дифференциации этих состояний является вторая фаза аффектов, на которой собственно и происходит нарушение континуального смысла переживаний, тогда как первая (содержащая информацию об условиях и механизмах развития состояния) указывает лишь на вероятность их возникновения, а третья (астеническая) является только их косвенным свидетельством. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики второй фазы (аффективного взрыва) аффекта включают такие признаки сужения сознания, как фрагментарность и неполноту восприятия (симультанную и сукцессивную) — в качестве обязательного; заполненность сознания переживаниями, связанными с психотравмирующим воздействием, элементы искаженного (иллюзорного) восприятия, элементы утраты чувства реальности окружающего, элементы ощущения отчуждения своих действий — в качестве дополнительных признаков [10]. Нетрудно, однако, заметить, что при таком подходе различие между патологическим и физиологическим аффектами сводится не к качественному, а к чисто *количественному*.

В. Б. Первомайский с соавт. [8], пытаясь систематизировать сложившиеся представления о кратковременных аффективных состояниях, выделили их «общие диагностические критерии», к которым были отнесены следующие:

1. Наличие конфликтогенной ситуации, возникшей внезапно (или на фоне длительной конфликтогенной ситуации имеет место дополнительный интенсивный раздражитель) и задевающей наиболее индивидуально значимые для личности потребности (угроза жизни, здоровью, самоуважению, престижу).
2. Развитие аффективного состояния непосредственно после возникновения конфликтогенной ситуации.

3. Наличие эмоциональных проявлений в виде гнева, страха, отчаяния, ненависти, обиды, неудовольствия, ярости и т. д.
4. Наличие вегетативных проявлений в виде покраснения или побледнения лица, дрожания рук, сухости во рту, перебоев в работе сердца, ощущения нехватки воздуха и т. д.
5. Наличие двигательных проявлений (двигательное возбуждение различной степени интенсивности).
6. Расстройство коммуникативных (речевой, мимико-пантомимической) функций.
7. Длительность: аффектов — до нескольких минут, аффективной реакции — до нескольких часов.

Сопоставление приведенных критериев с критериями диагностики ОРС показывает их практически полную идентичность. То есть ОРС может рассматриваться как родовое понятие, объединяющее разновидности кратковременных аффективных состояний — аффективную реакцию, простой, физиологический и патологический аффекты.

Для дифференциации же этих состояний предлагается использовать «дополнительные» диагностические критерии, например наличие/отсутствие четкой фазности течения, способность/неспособность описать и идентифицировать эмоцию, перенесенную на высоте аффекта (т. е. констатации у себя на то время эмоции гнева, злости и др.), степень нарушения речевого поведения и целенаправленности действий и т. д. Вместе с тем, все эти критерии являются производными от главного дифференцирующего признака — степени нарушения сознания — либо его сужения, либо помрачения [9, 10].

Таким образом, являясь, с одной стороны, вариантом тревожных расстройств, ОРС, с другой стороны, обнаруживает теснейшие связи с диссоциативными расстройствами, которые становятся последствиями аффективных аномальных реакций и включаются в целостную картину психопатологического состояния. Диссоциация — это механизм дезинтеграции личности, который проявляется снижением уровня сознания (сужением сознания), т. е. переходом саморегуляции с уровня семантического сознания на уровень сенсорного сознания, а также нарушением интеграционных функций структуры «Я» [14].

В МКБ-10 рубрика F44 «Диссоциативные (конверсионные) расстройства» включает многообразные полиморфные состояния, относящиеся ко временным видам патологии. Механизм развития диссоциативных расстройств заключается в расщеплении, нарушении целостности личности, выражающемся прежде всего утратой способности к синтезированию психических функций и сознания. Такая потеря сознательного контроля над психическими функциями, приводящая к частичной или полной их дезинтеграции, может сопровождаться нарушением сознания и проявляться патологией чувствительной, двигательной и вегетативной сфер. Диссоциативные расстройства включают широкий круг переходных состояний, протекающих с той или иной глубиной нарушенного сознания — от аффек-

тивно суженного (F44.1) — до глубокого помрачения (F44.88). Так, в классификации содержатся критерии для диагностики таких кратковременных состояний, как фуги (F44.1), во время которых совершаются бесцельные, но внешне целенаправленные действия, сопровождающиеся аффективно суженным сознанием и амнезией, наличием или отсутствием дезориентировки; состояний овладения и трансов (F44.3), при которых происходит потеря как чувства личностной идентичности, так и полного осознания окружающего; расстройств движений и ощущений (F44.4-F44.6), включающих различные формы и степени нарушения координации движений, диссоциативные судороги, нарушения чувственного восприятия различных модальностей.

Хотя в МКБ-10 ставится знак равенства между конверсионными и диссоциативными расстройствами, последние, однако, упоминаются и в рубрике F0 “Органические, включая симптоматические, психические расстройства”. Клинические критерии органических диссоциативных расстройств, однако, не приводятся, поскольку имеется прямая отсылка и указание использовать критерии, содержащиеся в рубрике конверсионных (диссоциативных) состояний. То есть, несмотря на различие этиопатогенетических факторов, подразумевается психопатологическое единообразие этих состояний. Так, в МКБ-10 классифицируются сумеречные состояния — как функциональные (аффективные, истерические, психогенные), так и органические (при эпилепсии, органическом психическом расстройстве), диссоциативные и эпилептические фуги и амбулаторные автоматизмы.

Таким образом, согласно современной классификации, целый ряд кратковременных расстройств сознания, различных по патогенезу, механизмам формирования, клиническим проявлениям, может соответствовать понятию диссоциативных расстройств.

С этих позиций становится возможным рассматривать ОРС не только как широкую диагностическую категорию, объединяющую разные по глубине кратковременные психогенные нарушения сознания, но и как составную часть более общего круга расстройств, обычно упоминаемых в числе дифференцируемых друг от друга состояний, но одновременно — сходных по некоторым существенным этиопатогенетическим и феноменологическим признакам. Это — обязательная роль психогенного фактора (выступающая в разном соотношении с патологической почвой), приводящего к формированию структуры основного синдрома, сочетающего аффективное (с преобладанием тревожного) реагирование со снижением (включая помрачение) уровня сознания.

Здесь следует указать на сужение концепции *аффекта*, исключающей его *атипичные формы*, т. е. взрывные эмоциональные (аффективные) реакции при расстройствах личности и при органических психических расстройствах. В последнем случае даже менее значительная психотравмирующая ситуация может вызвать более бурную аффективную реакцию с выраженной дезорганизацией деятельности и изменениями сознания, а характер течения аффективной реакции видоизменяется: возможно существование двух пиков эмоционального возбуждения; нередко эмоциональное

возбуждение сохраняется и после содеянного, а фаза истощения не столь выражена или наступает отсроченно [6].

К этим вариантам измененного аффекта примыкают *дисфорические состояния*, которые в значительном числе случаев связаны с внешним высокосignификантным субъективно психогенно-травмирующим фактором и характеризуются нарастанием в течение короткого времени аффективного напряжения с непосредственным отреагированием. При этом дисфорическая реакция часто сопровождается аффектом страха, ярости с экстрапунитивной направленностью переживаний, сужением сознания на их высоте и последующей частичной амнезией собственных агрессивных действий [12].

У психопатических личностей также наблюдается утяжеленная клиническая картина аффекта со значительно более глубоким психогенным сужением сознания, выражающимся во фрагментарности и иллюзорности восприятия, нарушении динамики мышления с персеверативным течением идей, резким замедлением, вплоть до остановки, ассоциативных процессов. Подобная глубокая дезорганизация психической деятельности увязывается с действием механизмов псевдо- или гиперкомпенсации в рамках неоднозначного психопатического реагирования с чужеродностью аффективной реакции для личности. Другое значение отводится клиническим и психологическим особенностям характерологически типичному реагированию психопатов в рамках однозначного психопатического реагирования, которое, как считается, определяет сравнительно легкий вариант эмоционального реагирования, обычно лишённого качества внезапности [5].

К психопатическим формам эмоционального реагирования, возникающего в травмирующих ситуациях, причисляется истерическое двигательное возбуждение — кратковременная бурная эмоциональная реакция, для которой характерны бешенство, гнев, хаотическое метание, агрессивность, стремление к разрушению, множество бесцельных движений, иногда самоповреждение или нецеленаправленное бегство. Неслучайно ОРС, как аффективно-шоковая реакция, рассматривается часто в одном ряду с другими диссоциативными состояниями — *истерическим сумеречным помрачением сознания*, псевдодеменцией, истерическим ступором в рамках психогенных (реактивных) психозов [11] либо, в воспринятой МКБ-10 терминологии, — амбулаторным автоматизмом (в виде фуги и альтернирующей или множественной личности), истерическими сумеречными состояниями, синдромом Ганзера [14]. А. Якубик [14] считает, что причислять их к группе конверсионных симптомов необоснованно, поскольку эти крайние двигательные дисфункции протекают с одновременным сужением сознания. Их клиническая картина напоминает патологический аффект, в связи с чем указывается на необходимость проведения соответствующей дифференциальной диагностики.

Несмотря на незавершенность психотической симптоматики при патологическом аффекте, она может включать, помимо гипо- и гиперактузий, иллюзорных восприятий и функциональных галлюцинаций, психосенсорных расстройств, нестойкие бредовые переживания, часто отражающие

реальную конфликтную ситуацию. Тем самым данный тип аффекта сближается с *параноидным вариантом сумеречного состояния сознания*.

Наконец, в этом ряду особую группу представляют *острые параноидные реакции* патологически измененной почвы, к которым С. Г. Жислиным [1] были отнесены внезапно развертывающиеся состояния с параноидным синдромом и выраженным аффектом страха, возникающие у людей до того здоровых, как правило, в условиях непривычной для них внешней обстановки, после переутомления или длительного лишения сна. Острота данного состояния приводит к тому, что в течение нескольких часов параноидный синдром и сопровождающий его яркий аффект страха достигают своего максимального развития с выраженным затемнением сознания и последующей частичной амнезией на ограниченный промежуток времени. Отрицая принадлежность данных состояний к эндогенным и экзогенным формам реакций, С. Г. Жислин пытался отграничить их и от реактивных расстройств на том основании, что сама по себе ситуация «обычно не расценивалась клиницистами как травмирующая или мало-мальски патогенная». Между тем, несомненным было воздействие на больного своеобразной внешней обстановки с непривычным комплексом новых внешних раздражителей, создающих атмосферу неопределенности и тревоги и сливавшихся с относительной изолированностью в чужой или малознакомой среде. Таким образом, и здесь ситуационный источник расстройства, приобретающий свойства психической травмы, оказывался решающим.

Несколько в стороне, казалось бы, стоят различные формы *аддиктивно-го поведения*. Однако их клиническое единство образуется также за счет, с одной стороны, их зависимости от аффективных расстройств и механизмов эмоциональной саморегуляции, с другой — возможности развития диссоциативных состояний. Это убедительно показано, например, для сексуальных аддикций. Так, отмечается, что реализация девиантного сексуального влечения может сопровождаться психогенным сужением поля сознания [2], а среди сексуальных правонарушителей, частично или полностью амнезировавших период деяния, определенный процент занимают лица с органическими и психогенными диссоциативными расстройствами [15], что позволило ввести специальный термин для их обозначения — «парафилические фуги» [17], характеризующий внешне целенаправленное поведение при его действительной произвольности. Эти состояния рассматриваются, с одной стороны, как близкие к *психомоторным припадкам*, с другой — в одном ряду с диссоциативными расстройствами. Они сопровождаются речевыми и моторными автоматизмами, расхождением психосенсорных и психомоторных компонентов поведения, аффективными нарушениями, диссоциацией между субъективными переживаниями и психофизиологическими проявлениями, амфитимическими состояниями, утратой эмпатического восприятия в состоянии измененного сознания. Согласно Е. Ю. Яковлевой (2001), у лиц с парафилиями кратковременные расстройства наиболее часто отвечают критериям «Органического диссоциативного расстройства» (F06.5) и представлены трансами, квалифицируемыми в соответствии с F44.3 («Трансы и состояния овладения»),

а также F44.7 (“Смешанные диссоциативные (конверсионные) расстройства”), предполагающим кодировку состояний с различными сочетаниями нарушений сенсорной, моторной, мнестической сфер, нарушениями личностной идентичности.

Таким образом, кратковременные расстройства объединяют широкий спектр состояний, протекающих с различной глубиной нарушения сознания, которые характеризуются этиопатогенетическим (за счет разного вклада аномальной почвы и психогенного воздействия) и клиническим полиморфизмом, ступенчатостью перехода от непсихотических форм к психотическим. Они могут определять в каждом конкретном случае ту или иную экспертную оценку, выносящуюся на основании соответствия психопатологических проявлений этих состояний юридическому критерию как неменяемости, так и ограниченной вменяемости.

Представленный подход может вести к уточнению компетенций психиатров и психологов при квалификации кратковременных аффективных состояний. Тем не менее, наиболее адекватным видом экспертизы при оценке аффективных деликтов и тогда остается комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. Принцип совместного рассмотрения личности, ситуации, состояния в момент деликта — один из основных при оценке эмоциональных состояний.

Судебная комплексная психолого-психиатрическая экспертиза позволяет наиболее полно и всесторонне оценить аффективный деликт в процессе совместного на всех этапах экспертизы психолого-психиатрического исследования. Компетенция психиатра распространяется на раскрытие и квалификацию аномальных, патологических особенностей личности подэкспертного, нозологическую диагностику, отграничение болезненных от неболезненных форм аффективной реакции. В пределах компетенции психолога находится определение структуры личностных особенностей подэкспертного как не выходящих за пределы нормы, так и складывающихся в картину личностной дисгармонии, анализ сложившейся психогенной ситуации, механизмов поведения ее участников, определения характера эмоциональной реакции, степени ее интенсивности и влияния на поведение подэкспертного при совершении противоправных действий.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Жислин С. Г. Очерки клинической психиатрии. — М., 1965. — С.113–147.
2. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М., 1986. — 424 с.
3. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. — Т. 1. — М., 1994. — 672 с.
4. Коченов М. М. Судебно-психологическая экспертиза: теория и практика. Избранные труды. — М., 2010. — С. 121–142.
5. Кудрявцев И. А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза. — М., 1999. — 497 с.
6. Кудрявцев И. А., Морозова М. В., Савина О. Ф., Семенова О. Ф. Нарушения произвольной саморегуляции у лиц, совершивших агрессивные действия. — Агрессия и психическое здоровье. — СПб, 2002. — С. 253–277.
7. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. — ВОЗ, Женева.
8. Первомайский В. Б., Илейко В. Р., Канищев А. В. Кратковременные аффективные состояния в судебно-психиатрической практике: критерии диагностики и экспертной оценки. — Клиническая и судебная психиатрия в научном наследии профессора Т. П. Печерниковой. — М., 2009. — С.161–169.
9. Печерникова Т. П., Гульдан В. В., Остришко В. В. Особенности экспертной оценки аффективных реакций в момент совершения правонарушения у психически здоровых и психопатических личностей: методические рекомендации. — М., 1983. — 19 с.
10. Сафуанов Ф. С. и др. Судебно-психологические экспертные критерии диагностики аффекта у обвиняемого: пособие для врачей. — М., 2004. — 43 с.
11. Смулевич А. Б. Психогенные (реактивные) психозы. — Руководство по психиатрии (под ред. А. С. Тиганова). — Т. 2. — М., 1999. — С. 492–500.
12. Усюкина М. В., Шаманаев А. С. Судебно-психиатрическая оценка дисфорических расстройств при эпилепсии. — Российский психиатрический журнал. — 2010. — № 5. — С. 10–15.
13. Яковлева Е. Ю. Клинико-патогенетические и динамические особенности кратковременных психических расстройств у лиц, совершивших сексуальные правонарушения, и их судебно-психиатрическая оценка. — Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 2001. — 27 с.
14. Якубик А. Истерия. — М., 1982. — 344 с.
15. Burget D., Bradford J. V. W. Sex offenders who claim amnesia for their alleged offense // Bull. of the Amer. Acad. of Psych. the Law. — 1995. — 23 (2). — P. 299–307.
16. DSM-IV-TR. American psychiatric association. — Washington: American Psychiatric Press, 2000.
17. Money J. Forensic Sexology: Parafilic Serial Rape and Last Murder. — Am. J. Psychotherapy. — 1990. — № 1. — P. 26–36.

# КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ

**Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський,  
Р. І. Рудницький, В. Г. Деркач, Т. Г. Карвацька**

*Буковинський державний медичний університет  
(кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології),  
м. Чернівці*

Когнітивна психотерапія А. Бека — метод психотерапії, спрямований на зміну викривлених когнітивних процесів у хворих із афективними розладами, а саме — на зміну внутрішнього відчуття безнадії та безперспективності. Основна увага при цьому приділяється пізнавальним процесам психіки і наголос робиться на особистості, на її логічних здібностях. В основі психотерапії лежить навчання нових способів мислення. Основним завданням такої психотерапії є досягнення зміни у сприйнятті себе й навколишньої дійсності; при цьому усвідомлюється, що знання про себе і світ впливають на поведінку, а поведінка та її наслідки впливають на уявлення про себе та світ. Також основними цілями когнітивної психотерапії є виправлення помилкової переробки інформації; допомога хворим у зміні переконань, які підтримують дезадаптивну поведінку й неадаптивні емоції.

У технічному аспекті когнітивна терапія використовує поведінкові методи. Саме зміна поведінки є одним із найефективніших способів зміни думок, образів і переконань.

Водночас біхевіоральна психотерапія безпосередньо спрямована на подолання пасивності, реакції уникнення та вегетативної дисфункції у хворих.

Усе це зумовлює актуальність використання даних методів психотерапії в лікуванні хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

Метою нашого дослідження стало встановлення ефективності застосування когнітивно-біхевіоральної психотерапії у хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

Обстежено 30 пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами, серед яких 78% становили жінки віком 24–47 р. Хворих було розподілено на дві групи — основну і контрольну. В основній групі хворим, окрім звичайної медикаментозної терапії, застосовували когнітивно-біхевіоральний метод психотерапії з метою дезактуалізації психотравмивних переживань і мобілізації особистісних резервів пацієнтів. На початку і в кінці лікування було використано методики дослідження особистісної та реактивної тривожності за Спілбергером, рівня депресії за шкалою Гамільтона.

На основі даних анамнезу, клініко-психопатологічного дослідження і показників за шкалами Гамільтона, Монтгомері–Асберга, Спілбергера у біль-

шості обстежених хворих на початку лікування виявлено середній і високий рівень особистісної і реактивної тривожності та депресії.

У результаті проведеного медикаментозного лікування і когнітивно-біхевіоральної психотерапії в основній групі хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами позитивна динаміка з вірогідною редукцією основних симптомів виявлялася наприкінці першого тижня і зменшення реактивної тривоги і зникнення депресії на 3-му тижні терапії. Негативний погляд на світ, негативне бачення майбутнього і негативний погляд на себе (когнітивна тріада депресії) у хворих у процесі психотерапії змінилися на реалістичне сприйняття з оптимістичною оцінкою. Характерними також були поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності, збільшення впевненості у власних силах, поліпшення міжособистісних відносин, якості життя, гармонізація особистості, нормалізація настрою, зменшення невротичних реакцій і симптомів, ліквідація страху та невпевненості, зниження особистісної та реактивної тривожності.

Таким чином, проведене дослідження засвідчило високу ефективність використання когнітивно-біхевіоральної психотерапії у комплексному лікуванні хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами у вигляді поліпшення психічного стану пацієнтів, підвищення рівня соціальної адаптації, формування навичок самостійного вирішування проблем.

# КЛІНІКА АСТЕНІЧНИХ СТАНІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ПРИ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ

*Р. І. Білобровка, А. Р. Панас, Б. П. Сувало, Я. В. Шпильовий*

**ВСТУП.** Клінічні особливості розладів психіки при соматичних захворюваннях загалом та нирок зокрема — актуальна проблема сучасної психіатрії. При захворюваннях нирок вони спостерігаються у 20–25% хворих і серед соматогеній вивчені найменшою мірою [1, 9] тому, що більшість таких пацієнтів не потрапляють у поле зору психіатрів [7, 8, 10].

У клініці нефрогенних порушень психіки провідне місце посідає астеничний синдром; в одних хворих він самостійний, в інших – до нього приєднуються складніші психопатологічні розлади: порушення афективної сфери, свідомості, моторні розлади, розлади потягів тощо [1, 4, 6, 7].

У таких випадках можна говорити про «стрижневий» характер астеничного синдрому, при якому розвиваються або перебігають інші психопатологічні розлади.

У даній роботі ми вивчали динаміку астеничного синдрому за патології нирок різного генезу, проаналізували певні особливості психопатології і клініки астеничних розладів, їх зв'язок з перебігом основного захворювання та можливості медикаментозної корекції.

**МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ.** Обстежено 42 хворих, 14 чоловіків і 28 жінок, віком від 23 до 54 років з патологією нирок різного генезу. У період дослідження (2008–2010 рр.) усі хворі лікувались у нефрологічному відділенні. Їх психічний стан оцінювався традиційним клініко-психопатологічним методом під час регулярних (повторних) консультацій.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Клініко-психопатологічний аналіз дозволив виділити 5 типів (варіантів) астеничних станів у хворих: 1) власне астеничний синдром (15 хворих); 2) астено-депресивний (11 хворих); 3) астено-адинамічний (9 хворих); 4) астено-невротичний (5 хворих); 5) астено-вегетативний (2 хворих).

При астеничному синдромі переважали гіперестезія та психічна і фізична астенія. Виражена втомлюваність і виснаження, поєднані з дратівливістю, у всіх таких хворих, відзначалися здебільшого зранку. У всіх хворих був також знижений фон настрою, що не сягав, проте, синдромального рівня окресленої депресії.

Практично всі хворі відчували різноманітні розлади сну (труднощі засинання, поверхневий сон, перерваний сон, страхітливі сновидіння, відсутність відчуття відпочинку після пробудження тощо). У 12 хворих, як правило, компонентом астеничного синдрому була емоційна лабільність, підвищена ранимість та явища гіперестезії. У більшості пацієнтів (10 осіб) на фоні описаної симптоматики виявляли ознаки ураження ЦНС, переваж-

но у вигляді болю голови, приступів запаморочення, нудоти, блювання та сенестопатій.

Доволі типовим розладом психіки, поряд з астенічним, спостерігався астено-депресивний варіант. До таких пацієнтів ми зарахували хворих, у яких депресивність була чітко вираженим клінічним синдромом. На фоні астенії спостерігалися зниження настрою, ідеаторна та рухова загальмованість без вітальної нудьги та добових коливань. Депресивність часто поєднувалася з емоційною лабільністю (7 хворих), дисфорією (4 хворих), рідше — тривогою (1 хворий), тобто була атиповою.

При астено-динамічному варіанті виражена астенія поєднувалася з індиферентністю, аспонтанністю, відсутністю спонукань, загальмованістю, адинамією. Усі хворі скаржилися на денну сомнолентність та безсоння вночі. У 5 осіб були коливання рівня свідомості (періодичне виникнення станів оглушення), у 2 хворих — епілептиформні випадки, ще у 2-епізодичні психосенсорні розлади типу аутометаморфопсій. П'ятеро хворих мали гіпнагогічні галюцинації.

Астено-невротичний варіант відрізнявся приєднанням до вищеописаної симптоматики різних неврозоподібних розладів: іпохондричних (2 особи), obsесивно-фобічних (2 особи) та істеричних (1 особа). Проте провідними були астенічні розлади. Неврозоподібна симптоматика мала фрагментарний характер і у 3 хворих поєднувалася з перцепторними порушеннями (гіперестезії, парестезії, сенестопатії).

Астено-вегетативний варіант характеризувався поєднанням астенічних і вегетативних розладів, переважно у вигляді болю голови, запаморочення, тахікардії, коливань артеріального тиску, гіпергідрозу, дрібного тремору тощо.

Динаміка астенічного синдрому певною мірою корелює з тяжкістю основного захворювання: поява епізодів оглушення вказує на поглиблення азотемії. Астенічний, астено-невротичний синдроми частіше виникали у стадії компенсації, астено-депресивний — при субкомпенсації. Астено-вегетативний варіант був притаманний періодові реконвалесценції.

Для корекції астенічних станів при нирковій недостатності використовували транквілізатори, антидепресанти, малі нейрорептики, вітаміни та біостимулятори. Ці ліки призначали при астенічному, астено-депресивному, астено-невротичному та астено-вегетативному варіантах на стадіях субкомпенсації і компенсації основного захворювання.

При астено-динамічному синдромі, зокрема при наявності сомнолентності вдень та епізодів оглушення (стадія декомпенсації основного захворювання і зростання уремії), застосування психотропних препаратів не доцільне.

Необхідно відзначити, що психотропні препарати при нирковій недостатності частіше викликають побічні явища, адверсивні реакції та ускладнення. Це зумовлено наростанням концентрації препарату в плазмі внаслідок зниження елімінації нирками та його зв'язування з білками плазми при уремії (9).

Отже, вибір того чи іншого психотропного препарату для лікування психічних розладів при нирковій недостатності зумовлений не лише клінічними показаннями чи протипоказаннями, а й його фармакокінетикою.

Саме з цих міркувань ми використовували препарати, що виділяються переважно екстрауренальними шляхами: діазепам (сибазон); стрезам; афобазол; гідазепам; феназепам у звичайних середньотерапевтичних дозах. З антидепресантів доцільно застосовувати селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну та селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну і норадреналіну, а з нейролептиків — похідні фенотіазину, а також еглоніл. Антидепресанти призначали в середньотерапевтичних дозах у режимі поступового зростання. Що стосується нейролептиків, то їх дози повинні бути нижчими від стандартних, їх застосовували також у режимі поступового зростання.

У період реконвалесценції (стадії компенсації) при наявності органічних симптомів у структурі астеничного синдрому ми застосовували ноотропи та судинні препарати.

Наведені дані свідчать, що астеничні розлади являються типовими, провідними, «стрижневими» при нирковій недостатності. Це узгоджується з даними літератури [1, 2, 3, 6 та ін.].

При тому астеничний синдром зумовлений безпосередньо зростанням інтоксикації, часто уремією. Це підтверджується характерною динамікою астеничного синдрому. На різних стадіях ниркового захворювання астенія виражена неоднаково і коливається від невротичного до психотичного рівня — з розладами свідомості.

Встановлено такі особливості астенії при нирковій недостатності:

- 1) перевага гіперестезії та фізичної астенії;
- 2) раннє приєднання симптомів розладів ЦНС (болів голови, приступів запаморочення, нудоти, блювання, згодом — дисфоричних, психосенсорних та епілептиформних розладів);
- 3) наявність вираженої гіперестезії, емоційної лабільності (гіперестетично-емоційна слабкість за К. Vonhoeffler).

Наведені особливості астеничного синдрому та його динаміка, зумовлена перебігом основного захворювання, вказують на його «екзогенне» походження.

Виникнення органічних симптомів у структурі астенії свідчить про глибокий реєстр ураження психіки, а саме про формування психоорганічного синдрому. Появу гіпнагогічних галюцинацій можна вважати передвісником виникнення нефрогенного делірію.

Отже, за особливостями структури й динаміки астеничного синдрому можна певною мірою судити про тяжкість перебігу основного захворювання та його прогноз.

Неврозоподібні (іпохондричні, obsесивні, істеричні) та депресивні розлади спостерігаються на стадіях субкомпенсації й компенсації ниркової недостатності, вони атипові. Неврозоподібні розлади звичайно рудиментарні, вони синдромально чітко не окреслені. Депресивні порушення без ознак віталізації — часто з дисфоричним відтінком. Неврозоподібні та депресивні розлади не мають «стрижневого» характеру, тому можна вважати, що вони є наслідком реакції особистості на саме захворювання.

Отже, 5 варіантів астеничного синдрому одночасно є стадіями його розвитку, що дозволяє застосовувати диференційовано проводити фармако-терапію.

Разом з тим вибір психотропних препаратів обов'язково зумовлений їх фармакокінетичними властивостями.

**РЕЗЮМЕ.** Застосовуючи клініко-психопатологічний метод дослідження астеничних станів при нирковій недостатності, вдалося встановити характер цих станів, їх динаміку залежно від вираженості ниркової недостатності, а також особливості корекції, враховуючи фармакодинаміку та функціональний стан ниркової тканини у даних хворих.

Отримані дані доречно взяти до уваги при корекції цих станів.

## **РЕЗЮМЕ**

### ***Клиника астенических состояний, их коррекция при почечной недостаточности***

*Р. И. Билобрывка, А. Р. Панас, Б. П. Сувало, Я. В. Шпилевый*

Используя клинико-психопатологический метод исследования астенических состояний при почечной недостаточности, удалось установить характер этих состояний, их динамику в зависимости от выраженности почечной недостаточности, а также особенности коррекции, учитывая фармакодинамику и функциональное состояние почечной ткани у данных больных.

## **SUMMARY**

### ***Clinics of Asthenic States and it's Correction in renal Insufficiency***

*Bilobryvka R. I., Panas A. R., Suvalo B. P., Shpylovyi Y. V.*

Clinical psychopathological method was used for asthenic states in renal insufficiency study. Clinical variants of these states, It's dynamics and dependence upon the stage of basic disease were established. Psychopharmacological correction accounting pharmacokinetics of drugs and state of renal tissue are proposed.

## **Автори:**

**Білобровка Ростислав Іванович** – доцент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кандидат медичних наук.

**Панас Андрій Романович** – доцент кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, кандидат медичних наук.

**Сувало Богдан Петрович** – завідувач 11-го відділу Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня».

**Шпильовий Ярослав Володимирович** – клінічний ординатор 2-го року навчання кафедри психіатрії, психології та сексології Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького

## **ЛІТЕРАТУРА**

1. Гавенко В. Л., Бітенський В. С. та співавт. Психіатрія і наркологія. — К.: Здоров'я, 2009. — С. 154-155.
2. Джарбусынова Б. Б. Психические нарушения у больных с хронической почечной недостаточностью и их динамика в процессе гемодиализа // Автореф. диссерт. на соискание ученой степени к. м. н. — Алмааты, 1997.
3. Литвинцев С. В., Шамрей В. К. «Военная психиатрия» - СПб.: ВМедА, ЭЛБИ-СПб., 2001. — С. 188.
4. Лопаткин Н. А., Коркина М. В., Цивилько М. А. Психические нарушения у больных хронической почечной недостаточностью // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. — 1971. — Т. 71, № 2. — С. 18–25.
5. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. — СПб: Медицинское информационное агентство, 1995. — 568 с.
6. Сергеев И. И. Психиатрия и наркология. — М.: МЕДпресс-информ, 2009. — С. 346–358.
7. Скворцов Н. Н. Аффективные нарушения у больных хронической почечной недостаточностью в процессе лечения гемодиализом, их динамика и прогностическое значение // Автореф. диссерт. на соиск. уч. ст. к. м. н. — Л., 1991. — 17 с.
8. Arnoff G. R., Berns J. S., Brier M. E., et al. Drug prescribing in renal failure. In: Doising guidelines for adults, 4th ed. Philadelphia, 1999. - P. 91.
9. Kimmel PI, Weihs KL, Peterson RA et al. Multiple measurements of depression predict mortality in a longitudinal study of chronic hemodialysis patients. // Kidney Int. 2000. — № 57. — P. 2093-2098.
10. Merkus M. P., Jager K. J., et al. Physical symptoms and quality of life in patients on chronic dialysis: results of the Netherlands Cooperative Study on Adequacy of Dialysis // Nephrology, Dialysis, Transplantation. 1999. — Vol. 14, № 5. — P. 1163–1170.

# ОЧІКУВАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ АСОЦІЙОВАНО З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ

**О. О. Хаустова<sup>1</sup>, О. П. Романів<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця

<sup>2</sup>Український НДІ соціальної судової психіатрії та наркології  
м. Київ, Україна

**Вступ.** Термін «професійне вигорання» увів психіатр і психоаналітик Герберт Фрейденберг (Herbert Freudenberg) у 1974 році. За допомогою цього терміна він описував стан фізичного, розумового та емоційного виснаження. Найчастіше такі симптоми виникають на фоні постійного напруження у працівників соціальної сфери, у т. ч. і лікарів. Характерною особливістю цих професій є емоційно забарвлені інтерпесональні контакти та потенційно стресогенні взаємодії у сфері «людина – людина». Для синдрому емоційного вигорання характерний поступовий перехід із фази ентузіазму та іdealізму до фази апатії, що може стати чинником аутоагресивної поведінки.

**Мета роботи.** Головним завданням нашої роботи було визначення сурення вираженості емоційного вигорання та формування аутоагресивної поведінки в лікарів Закарпатської ОКЛ ім. А. Новака із подальшим вивченням цього феномену та визначення рівня очікування професійного вигорання у студентів-медиків.

**Матеріали й методи.** Нами проведено опитування 50 лікарів різного профілю, серед яких було 23 жінки та 27 чоловіків віком від 23 до 65 років, та 50 студентів медичного факультету з використанням “Питальника професійного вигорання для медичних працівників”, питальника “Емоційне вигорання” В. В. Бойко та власного розробленого питальника для визначення формування аутоагресивної поведінки.

**Результати та їх обговорення.** Виявлено високий рівень очікування професійного вигорання у студентів-медиків порівняно з наявним рівнем вигорання у практикуючих лікарів. Також найнижчі показники синдрому вигорання у лікарів виявлено у віковій групі 30–40 років.

**Висновки.** Результати пілотного дослідження засвідчили, що предиктором виникнення синдрому вигорання лікарів може бути високий рівень очікуваності вигорання у студентів-медиків, що своєю чергою, асоційовано з аутоагресивною поведінкою. Отримані дані можуть допомогти в розробці моделей формування аутоагресивної поведінки у студентів і молодих спеціалістів та зниження рівня вигорання в інших вікових групах.

# ОСОБЛИВОСТІ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

**О. С. Чабан, О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, В. Г. Безшейко**

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

Останніми роками феномен аутодеструктивної поведінки стає все більш серйозною причиною захворюваності та передчасної смертності. Термін «аутодеструктивна поведінка» вживають для позначення специфічної аутоагресивної поведінки, до якої зараховують суїциди, різні види залежностей (психоактивні речовини, азартні ігри, «адреналінову залежність»), підвищений травматизм та віктимну поведінку. Особливу увагу привертає аутоагресивна поведінка в пацієнтів із психосоматичними розладами. Так, дослідження Fliege H. із колегами (2000) засвідчило наявність аутоагресивної поведінки в ті чи іншій формі у 7,5% психосоматичних пацієнтів, причому частіше це були жінки (81%) здебільшого молодого віку, незаміжні, які частіше звертались за медичною допомогою і хворіли більше року. За даними дослідження Sansone R. A. (1995), самодеструктивна поведінка серед жінок найсильніше корелює з віктимною поведінкою, сексуальною, фізичною залежністю та подіями, в яких індивід був свідком акту насилля.

Нездоровий спосіб життя (куріння, гіподинамія, надмірне харчування, невиконання медичних рекомендацій) теж є проявами аутоагресивної поведінки. Ми зробили модальний аналіз чинників впливу на рівень здоров'я 228 пацієнтів із метаболічним синдромом психосоціального генезу. Найбільшу питому вагу мав чинник недостатньої фізичної активності ( $p < 0,05$ ). Чинник неадекватного харчування відзначено 49,26% респондентів з неповним МСХ та 45,31% респондентів з повним МСХ ( $p < 0,01$ ) порівняно зі здоровими особами (23,08%).

Серед значущих чинників у пацієнтів із метаболічним синдромом також відзначено відчуття недостатнього розслаблення і відпочинку (79,42%), незадоволення соціальною роллю (86,76%), виснаження (втрати життєвої енергії) (60,94%). Очікувана тривалість життя пацієнтів із неповним та повним МСХ була достовірно меншою порівняно зі здоровими особами (відповідно, 59,9; 62,7; 76,1 року, ( $p < 0,05$ )). Отже, модель медико-психологічних програм корекції саморуйнівної поведінки для психосоматичних пацієнтів, що розробляються нами, містить такі цілі: усвідомлення наявності захворювання і впливу нездорового способу життя на здоров'я, мотивацію до здорового способу життя, формування адаптивної життєвої стратегії з високою якістю життя.

# КРИЗОВІ СТАНИ

## Клінічні та психотерапевтичні аспекти

**О. Мироненко, С. Рослюк, Д. Мироненко**

*Кафедра психіатрії та психотерапії ФПДО ЛНМУ  
ім. Данила Галицького*

*КЗ “Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня”*

Криза — гострий, обмежений у часі феномен, який суб’єктивно переживається як приголомшлива емоційна реакція на стресову ситуацію або подію, соціальну ситуацію або подію, період психосоціального розвитку, катастрофу, стихійне явище або суб’єктивне сприйняття цієї події.

На даний момент складається враження, що у психіатрії, на відміну від психотерапії, кризовим станам і кризовим інтервенціям надається другорядне значення — всупереч тому, що, згідно з нормативними документами, передбачається створення кризових стаціонарів.

Поняття “криза” поряд з поняттями “невроз”, “психоз” і “психосоматика” чи не найчастіше трапляється у дискусіях психіатрів та психотерапевтів. Головною метою кризової допомоги найчастіше вважають запобігання суїцидам, а також аспекти автономії та самоконтролю індивіда.

Кожна криза охоплює широкий спектр людських проблем і життєвих ситуацій: суїцидальні кризи, сімейні конфлікти, унаслідок яких домашня ситуація стає нестерпною, насильство, у т. ч. домашнє, реакції суму (горя), стани тривоги або паніки, післяпологові кризи (депресії) і навіть перший психотичний епізод.

Термін “криза” походить від грецького слова **krisis**, що означає “переломний момент”. Криза — це результат зовнішніх і внутрішніх чинників, які можуть набувати різного значення залежно від ситуації. Суб’єктивна реакція на подію має визначальне значення для перебігу кризи.

Кризова реакція розглядається як зрозуміла тимчасова втрата психічної рівноваги (дезадаптація), що вимагає невідкладної психологічної, медичної, соціальної, юридичної чи матеріальної допомоги. Криза — це боротьба особистості за збереження емоційної рівноваги та адаптації у випадку, коли проблеми сприймаються як неподоланні. Поведінку людини у кризі можна розцінити як “дії у винятковій (екстремальній) ситуації”, якими вона, можливо, не завжди здатна керувати.

Нерідко **кризу** ототожнюють із поняттям **хвороба**, що стає відправним пунктом, навколо якого зосереджується тлумачення необхідності надання, у випадку кризи, сторонньої допомоги.

Згідно з МКХ-10, поняття кризового стану та гострої кризової реакції класифікують як реакцію на стрес, розлад адаптації або посттравматичний стресовий розлад. Найважливіша зміна клінічних та діагностичних поглядів стосується того, що кризові стани та стресові розлади не обмежуються

лише гострими реакціями у здорових осіб. Травматичний стрес може спричинити і хронічні реакції, і зміни особистості.

Згідно з класифікацією DSM-IV, діагностика гострого стресового розладу включає такі симптоми: збудження, поведінка уникання, повторювані переживання катастрофи, дисоціація, що існують упродовж не більше 4-х тижнів гострого стресу.

Головна ознака обох класифікацій — безпосередній та чіткий зв'язок між надзвичайною подією (обтяжливою ситуацією) і виникненням симптоматики.

Виділяють такі головні типи кризових станів: кризи періоду дозрівання, кризи життєвих змін, ситуаційні та травматичні кризи.

### ***Перебіг та фази розвитку кризи***

Знання про перебіги криз різними авторами вважається важливим діагностичним критерієм, зокрема з огляду на поєднання знань про окремі фази чи стадії кризи з можливостями надання кризової допомоги.

Переживання людини, що опинилася у кризовій ситуації, залежно від характеру кризи та інтенсивності стресового чинника визначаються широким спектром емоційних та поведінкових розладів – тривоги, страху, паніки, агресії, депресії, деперсоналізації, дереалізації, дисоціації та ін.

### ***Кризова інтервенція***

Під кризовою інтервенцією розуміють таку форму психосоціальної допомоги та лікування, яка займається симптомами та розладами, що можуть бути безпосередньо пов'язані з кризами. Головна мета кризової інтервенції — уникнення госпіталізації чи хроніфікації симптомів, які виникають унаслідок кризових ситуацій. Мета кризової інтервенції полягає у загальній підтримці пацієнта та його оточення, у здатності активізувати ресурси для саморегуляції та самопомоги.

Ця робота є спробою підсумувати 10-річний досвід надання кризової допомоги людям, що постраждали від різних кризових ситуацій – авіакатастрофи на Сквилові (2002), техногенної катастрофи в Ожидові (2007), жертвам нападів та зґвалтування, людям з проявами екзистенційної та ситуаційної кризи, сімейних криз, підліткам, що переживали вікові кризи або болючі періоди розлучення батьків та ін. Нами вивчено психологічний і психічний стан цих людей.

У результаті проведеного дослідження нами встановлено ситуативно-типологічні ознаки формування реакцій на кризову ситуацію: афективні (фобічні, тривожні, панічні, депресивні чи агресивні); когнітивні (переважно obsесивно-компульсивні чи настирливі спогади – інтрузії, флеш-беки); тілесні (переважно у вигляді конверсійних симптомів, алгій, соматоформних симптомів); поведінкові (суїцидальні дії, поведінка уникання, втрата імпульс-контролю).

### ***Висновки, що ґрунтуються на нашому досвіді***

Криза — це боротьба особистості за збереження емоційної рівноваги та адаптації у випадку, коли проблеми сприймаються як неподоланні.

Переживання людини, що опинилася у кризовій ситуації, залежно від характеру кризи та інтенсивності стресового чинника визначаються широким спектром емоційних, когнітивних, тілесних та поведінкових розладів – тривоги, страху, паніки, агресії, депресії, деперсоналізації, дереалізації, дисоціації та ін.

Не всі кризи слід відносити до ряду “креативних процесів розвитку”.

Кризові стани та стресові розлади не обмежуються лише гострими реакціями у здорових особистостей, а можуть також спричинити хронічні реакції та стійкі зміни особистості.

Кризові стани можна представити у вигляді континууму, на одному полюсі якого — непатологічні психологічні кризи (кризи періоду дозрівання), а на іншому — травматичні кризи (патологічні); проміжне місце посідають ситуаційні кризи і кризи життєвих змін.

Кожна людина у боротьбі за виживання потребує певної міри почуття власної ваги та самоповаги і соціального визнання у взаємодії з оточенням. Особливо це стосується відчуття захищеності та життєвої перспективи.

Суттєве значення для вибору стратегії допомоги та кризової інтервенції має знання різноманітних аспектів та причин кризи, як і суб’єктивне значення, яке надає кризі сама постраждала людина.

Знання про перебіг кризової ситуації – важливий діагностичний критерій, бо залежно від стадійності розвитку кризи воно дає змогу застосовувати різні терапевтичні стратегії для запобігання суїцидальній поведінці і хроніфікації кризи, а також для повернення людини до звичного способу адаптації.

# ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОГЕННОГО НАРУШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСИМУЛЯЦИИ

**Е. Марцинкявичене** (J. Marcinkevičienė),  
**К. Дашкявичюс** (K. Daškevičius)

Государственная служба судебной психиатрии  
при Министерстве здравоохранения Литвы

**Ключевые слова:** симуляция, метасимуляция, психогенное нарушение, судебно-психиатрическая экспертиза.

## Резюме

Из всех 353 психогенных состояний, диагностированных экспертами судебной психиатрии Литвы на протяжении 5 лет (2005–2009 гг.), для исследования отобран 161 испытуемый (100%, мужчины в возрасте 20–45 лет), у которых реакция на стресс развилась полностью на психогенном уровне без психопатологического основания. Метод исследования — отбор информации из уголовных дел и экспертная документация по специальному вопроснику. В 66% (106) случаев проведена стационарная экспертиза с целью дифференциации психического расстройства и симуляции, в 61% (98) случаев из них было назначено принудительное лечение до заключительной экспертизы. В 46% (74) случаев психогенное расстройство уже регрессировало, (в 89% (66) случаев диагностирована метасимуляция — симуляция болезненных проявлений после их исчезновения, в 11% (8) случаев — симуляция). Всего из 161 исследуемого случая было констатировано 90 (55,90%) случаев метасимуляции и симуляции: 41% — метасимуляции и 14,90% — симуляции. Контингент метасимулирующих составили в основном испытуемые в возрасте 20–30 лет, обвиняемые в преступлениях против собственности (65,15%). Симуляционные проявления особенно характерны для психогенных нарушений, их связывают механизмы истерии и черты личности (акцентуация установлена у 75,8% метасимулянтов). Метасимуляция значительно чаще 63,63% проявляется после затяжного течения однотипных и трансформативных хронических психогенных нарушений. Условно были выделены четыре группы метасимуляционных проявлений: метасимуляция, ограниченная синдромом психогенного нарушения (43,93%); 34,84% — депрессивные, депрессивно-параноидальные состояния, а также состояния, напоминающие психогенный синдром конфабуляции; 15,15% — «истерические синдромы» с утрированной клиникой псевдодемнции; 1,51% — соответствия в общей психопатологии не найдены.

Наряду с различиями для метасимуляции характерны общие признаки, которые были подмечены участниками исследования, признаны ими существенными для цели симуляции и не требовавшими усилий для их

демонстрации. В основе критериев дифференциальной диагностики лежит несоблюдение общих психопатологических закономерностей течения психических расстройств, синдромогенеза и синдромокинеза психогенных нарушений. **Дифференциально-диагностические** критерии психогенных нарушений и метасимуляции: двусмысленное поведение, неоднородность синдромов и нарушения динамики структуры психогенных синдромов.

## **ВВЕДЕНИЕ**

Исследование проблемы метасимуляции в течение долгого времени задерживалось исторически сложившимся убеждением, что симуляция особым образом близка психогенной реакции и что не существует научно обоснованных критериев для разграничения истерии и симуляции. После преодоления такой установки стало возможным переместить проблему метасимуляции из области теоретических конструктов в сферу практических исследований.

Переплетение проблем симуляции и психогенных состояний сопровождает всё исследование психогенных состояний, а это свидетельствует об определенной общности происхождения данных явлений.

В современной литературе удалось найти ограниченное число научных работ, посвященных метасимуляции. Одна из них — это работа Л. Ушкевич (*L. Uszkiewicz*), в которой отмечено, что метасимуляция в большей степени присуща людям с пограничной психической патологией, свойственна одной трети всех стрессовых нарушений и полностью ограничивается клиникой, близкой истерическим синдромам (1, 2). Автором этой работы метасимуляция изучалась лишь в случаях, учитывающих аспект рассмотрения психогенных состояний истерической структуры. На наш взгляд, современная судебно-психиатрическая практика требует более расширенного и углубленного исследования в этой малоизученной области судебной психиатрии.

**Цель работы** — клиническое исследование форм метасимуляции, а также возможностей ее систематики и диагностики.

## **МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Исследование проводилось с 1 января 2005 г. по 31 декабря 2009 г. в Государственной службе судебной психиатрии Литвы.

Из 16288 проведенных амбулаторных и стационарных судебно-психиатрических экспертиз проанализированы 353 случая диагностированных психогенных нарушений. Из 353 случаев был отобран 161, где психогенное нарушение трактовалось как невротическое. После травмирующих психику досудебного расследования и судебной ситуации отчетливо проявлялись психогенные нарушения деятельности психики, создающие препятствия для участия в досудебном разбирательстве и судебных процедурах. Во всех исследуемых случаях срок исполнения предполагаемого уголовного наказания был не менее 5 лет.

Все экспертные выводы были подтверждены комиссией экспертов: 13-7 испытуемых (85,09%) были признаны психически здоровыми, у 24 испытуемых (14,90%) была отмечена определённая личностная акцентуация.

Составными частями исследования стал как анализ архивного экспертного материала (2005–2009 гг.), так и данные проведенных авторами судебно-психиатрических экспертиз. Для доказательства «частоты» путем выделения патологии психики до начала досудебного разбирательства перед участниками исследования были выдвинуты жесткие требования. Контингент исследования составили мужчины, у которых психогенные нарушения проявились в возрасте 20–45 лет. В исследование не были включены случаи, в которых при проведении заключительной экспертизы после лечения диагноз был дополнен записями о факторах патологического «основания», таких как личностные и поведенческие нарушения, остаточные явления органического повреждения мозга, нарушения психики при зависимости от психоактивных веществ и т. п., а также эндогенные расстройства психики. Также были исключены ситуации, когда нарушения психики возникли еще до привлечения к уголовной ответственности.

Метод исследования — отбор информации из уголовных дел и экспертной документации по специальному вопроснику.

При отсутствии до настоящего времени общепринятой концепции ценностной ориентации личности, а также методики определения направленности личностных ценностей оценка особенностей участников исследования в период до начала досудебного расследования проводилась по общей методике биографического исследования личности.

Методы, которые применялись для статистического анализа: для всех тестов выбран порог достоверности  $\alpha = 0,05$ . Если значение  $p$  менее выбранного уровня, предварительная гипотеза подлежит отклонению. Если значение  $p$  превышает или соответствует порогу достоверности, предварительная гипотеза не может быть отклонена (иначе говоря, мы ее принимаем). Подсчеты были осуществлены с использованием программного пакета SAS.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Амбулаторная судебно-психиатрическая экспертиза была проведена в отношении 161 (100%) испытуемого лица, из них в 16 случаях (9,93%) была диагностирована симуляция, а 106 (65,83%) испытуемых были направлены на проведение стационарной экспертизы с целью дифференциации имеющихся нарушений психики и симуляции. После стационарной судебно-психиатрической экспертизы 98 (60,86%) участников исследования вследствие психогенных расстройств были направлены на принудительное лечение до полного выздоровления. После лечения и проведения заключительной судебно-психиатрической экспертизы в 74 (45,96%) случаях диагноз психогенного нарушения не был подтвержден. После заключительной экспертизы в 66 (62,26%) из 106 случаев констатировалась метасимуляция и в 8 (7,54%) — симуляция. Из общего числа испытуемых (161) было констатировано 90 случаев метасимуляции и симуляции (55,90%).

Анализ 66 случаев метасимуляции, установленных в ходе стационарной экспертизы, показал, что метасимуляция в основных проявлениях совпадает с обычной симуляцией. Большую часть контингента, преднамеренно затягивающего психогенные нарушения, составили лица в возрасте 20–30 лет, обвиняемые в преступлениях против собственности, — 43 (65,15%).

У многих из них имелись конкретные предпосылки для возникновения метасимуляции: характерологические (эгоцентризм, склонность к лжи, авантюризм, завышенная самооценка), личностные (асоциальность, отсутствие ощущения вины, несогласие с возможным наказанием, начальная защитная установка) и ситуационные (атмосфера следственного изолятора). В комплексе данные факторы увеличивают вероятность метасимуляции.

Из 66 случаев метасимуляции 16 (24,24%) участников исследования признаны психически здоровыми, у остальных 50 (75,75%) установлена определённая личностная акцентуация. Наблюдения показали, что психогенные острые и хронические диссоциативные и недиссоциативные состояния могут продолжаться симулятивно.

Было установлено, что метасимуляция значительно чаще (в 42 случаях — 63,63%) проявлялась после затяжного течения однопольных и трансформативных хронических психогенных нарушений. Также были определены некоторые признаки психогенных нарушений, которые существенно повышают вероятность метасимуляции:

- острый дебют нарушения;
- преодоление депрессивного аффекта;
- диссоциативная структура нарушения;
- хроническое течение нарушения с усилением аффективной (депрессивной) патологии;
- постепенное выздоровление с преобладанием депрессивных расстройств диссоциативной структуры.

Клинические проявления метасимуляции довольно разнообразны и нестабильны, что усложняет их систематику. Однако недостаточность клинической закономерности, по мнению авторов работы, не означает отсутствие ее типических форм, характерного проявления и течения.

Обычно группировка материала в исследованиях симуляции психических расстройств осуществляется по схожести проявлений симуляции с известными психопатологическими синдромами. Было отмечено, что при однородном исследовании такая систематика метасимуляции по принципу аналогии является непродуктивной, так как в экспертной практике форма метасимуляции, клинически соответствующая проявлениям имевшегося психогенного нарушения, в чистом виде встречается редко. В данном контингенте из 66 были отмечены только 3 (4,54%) таких случая. Во всех других случаях набор симулируемых психопатологических проявлений по своей структуре и объёму психопатологической продукции значительно отличался от бывшего состояния психоза.

Условно были выделены четыре группы метасимуляционных проявлений:

1. Метасимуляция ограничивалась демонстрацией симптоматики бывшего психогенного нарушения (29 случаев — 43,93%), которая была значительно беднее или выходила за его пределы, одновременно сохраняя внешнюю связь с имевшимся расстройством, что позволило причислить данный синдром именно к метасимуляции. В ходе метасимуляции участники исследования пытались использовать пережитую симптоматику сразу или постепенно, последовательно меняя в ходе экспертизы свое поведение и высказывания. Чаще всего встречались симулятивные проявления с галлюцинаторно-параноидальным содержанием, с фантазиями, напоминающими бред, на фоне псевдодеменции.
2. Вторую многочисленную группу (23 случая — 34,84%) можно связывать с депрессивными, депрессивно-параноидальными состояниями и состояниями, напоминающими психогенную конфабуляцию.
3. Неожиданно малочисленной оказалась группа «истерического синдрома» с утрированной клиникой псевдодеменции (только в 10 случаях — 15,15%).
4. Для 1 случая (1,51%) не найдено соответствий (аналогов) в общей психопатологии. В данном случае наблюдалась особо неоднородная и противоречивая смесь симулятивных симптомов.

Анализ показал, что практически весь материал распределился на два сопоставимых типа в зависимости от наличия интервала между психогенным нарушением и началом метасимуляции. В 39 случаях (59,09%) такого «светлого» периода, свободного от какого бы то ни было проявления психопатологии, замечено не было, и метасимуляция непосредственно присоединилась к симптоматике психогенного нарушения. В подобных случаях можно констатировать искусственное продление болезни путем поддержания ее симптоматики.

К другой группе (27 — 40,90%) можно отнести случаи опоздания метасимуляции после завершения психогенного нарушения и можно установить внешне заметный «светлый» интервал, продолжительность которого колебалась от нескольких дней до нескольких недель. В данных случаях можно говорить об искусственном продлении болезни через воспроизведение ее симптоматики. Таким образом, причисление к метасимуляции, а не к ретросимуляции оправдано тем, что симуляция здесь начинается в период после той же незавершившейся психотравматической ситуации и по своей форме и содержанию отражает симптоматику имевшегося психогенного нарушения.

Симптоматика имевшегося психогенного нарушения была в большей или меньшей степени представлена в метасимуляции. В одних случаях замечена склонность участников исследования к как можно более точному отбору симптомов поведения и высказываний из имевшегося психогенного нарушения, разумеется, с опорой на свое субъективное представление

о нем. Однако чаще всего метасимуляция более-менее приблизительно отражала только часть симптоматики психогенного нарушения, и чем короче «светлый» период — тем точнее, и наоборот.

Клиника метасимуляции может не ограничиться только психогенным синдромом, но и выйти за его пределы, словно «дополняя», «развивая» его и придавая поведению и высказываниям метасимулянта совершенно новый оттенок. Такие искусственные метасимулятивные дополнения клинической картины наблюдались у 62% участников исследования, одинаково часто как в случаях поддержания симптоматики, так и в случаях ее воспроизведения.

Характерно то, что с увеличением «светлого» интервала в клинической картине метасимуляции увеличивается сегмент надуманной «симптоматики», не имевшей прототипа в клинической картине психогенного нарушения. Вытеснение испытуемым психогенного расстройства на задний план сознания, его «забывание» стимулирует индивидуальное симулятивное творчество.

Наряду с различиями, позволяющими выделить типы метасимуляции, ей свойственны и некоторые общие признаки, имеющие клиническое и диагностическое значение.

В ходе данного исследования было установлено, что испытуемыми метасимулируются (поддерживаются или воспроизводятся) такие элементы психогенного нарушения, которые они для себя зафиксировали и критически оценили после выхода из стрессового состояния и которые были субъективно признаны ими существенными для достижения цели симуляции, не требующими усилий для их демонстрации. В этом смысле для испытуемых была характерна не столько имитация психопатологических явлений, сколько их пассивное перечисление.

Также было выявлено характерное стремление испытуемого контингента «подправить» и «улучшить» продуктивную симптоматику имевшегося психогенного нарушения, проявляющееся в тенденции логически «согласовать» противоречия и несоответствия симптомов болезни, настойчиво увязывать психическую патологию с периодом до совершения преступления, упорно и чересчур прямолинейно «притягивать» обстоятельства преступления к «психопатологическим симптомам».

Отдельные элементы метасимуляции, как правило, носили фиксированный, монотонно заученный, схематичный характер, а клиническая картина отличалась адинамичностью.

Всем условно выделенным типам метасимуляции была свойственна установочная защитно-реабилитационная тенденция исследуемого контингента отрицать преступное деяние и свои данные ранее показания, скудно и тенденциозно излагать анамнез, признаки «малой симуляции» (ипохондрия, аггравация, стремление разжалобить, вызвать сочувствие).

Все это вместе с дифференцированно двусмысленным поведением исследуемого контингента, в котором отражались ситуационные моменты и остаточные явления после психогенной реакции (астенизация, быстрое утомление), создавало особый фон, свойственный метасимуляции.

Следует признать, что в основе критериев дифференциальной диагностики метасимуляции лежит несоблюдение общих психопатологических закономерностей синдромогенеза и синдромокинеза психогенных нарушений, течения психического расстройства. В данном аспекте для метасимуляции характерна, с одной стороны, излишняя усложненность клинической картины, мозаичный характер и внутренние противоречия со смешением психогенных проявлений между синдромами и внутри самого синдрома, с выпадением наиболее информативных для диагностики психопатологических явлений и атипичными, не стыкующимися с остальной симптоматикой симулятивными дополнениями. С другой стороны, имеет значение и «распад» синдрома на отдельные, не имеющие характерной динамики части, схематичность клинических явлений и подчеркнутая однозначность. Диагностике метасимуляции способствует и демонстративность выражения «симптомов», преувеличенно прямолинейное увязывание психопатологии и преступления, проявления «малой симуляции» и дифференцированно двусмысленное поведение участников исследования.

### **ВЫВОДЫ**

1. Клиническая картина метасимуляции в большей степени характеризуется изображением (демонстрацией) искажённой симптоматики бывшего психогенного расстройства и симуляцией депрессивно-параноидально-галлюцинаторных симптомокомплексов в псевдодементном оформлении.
2. Вследствие отсутствия или наличия относительно короткого интервала между психогенным расстройством и началом метасимуляции испытуемым целесообразно рекомендовать принудительное лечение и дальнейшее наблюдение не в психиатрической больнице, а в экспертном судебно-психиатрическом стационаре (отделении).

### **Литература**

1. Batawia S., Uszkiewicz L. Problematyka zaburzeń reaktywnych i symulacji w praktyce sądowo-psychiatrycznej i penitencjarnej. — Pamiętnik Zjazdu Naukowego Psychiatrii w Krakowie. — Kraków, 1963. — P. 133–135.
2. Uszkiewicz L. Zaburzenia reaktywne i symulacja w praktyce sądowo-psychiatrycznej. — Warszawa, 1966.

# НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУЛЬТУРАЛЬНОГО СТРЕССА И КЛИНИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА МОДЕЛИ «МЫ – ОНИ И НАШИ В ШВЕЙЦАРИИ»

**О. Чабан, N. Hauserl.**

*№ Украинский НИИ социальной и судебной психиатрии  
и наркологии МЗ Украины, НМУ им. А. Богомольца, ДКБ № 1 ст. Киев,  
г. Киев, Украина*

*I Психиатрическая клиника кантона Граунбюнден, г. Чур,  
частная практика г. Цюрих, г. Баден, Швейцария*

Обследовались (НАМ-D17, ММРІ, тест Роршаха, проективные тесты: дом, семья, тест семейных отношений) и сравнивались три группы пациентов с подтвержденным диагнозом депрессивного расстройства: из постоянно проживающих в центральных областях Украины, центральных кантонов Швейцарии и наших соотечественников, постоянно проживающих в Швейцарии.

## **Выводы**

Пациенты западных культур (пример — Швейцария) более ориентированы на биологический, а затем — социальный аспект оценки своего депрессивного состояния, в то время как пациенты восточноевропейских культур (пример — Украина) первично на социальные, а вторично — на биологические. Наиболее значимый биологический компонент у жителей Швейцарии — сон, аппетит, потеря энергии, а у жителей Украины — низкая работоспособность, отсутствие энергии, отсутствие чувства удовольствия, состояния «как обычно». Важную роль для последующего выбора вида лечения пациента играли такие социально-культурные факторы, как уровень образования, воспитание, вид стратегий при решении конфликтов. При этом учитывалась последующая интеграция в семье, на работе, психосексуальное развитие и отношение к здоровью, финансовые трудности; долги являются также неотъемлемой частью при выборе вида терапии. Наши эмигранты демонстрировали более выраженные полюсные проявления — как витальные, так и социо-психологические проявления депрессивного расстройства по сравнению с постоянно проживающими в Украине и Швейцарии. Особенности культурального стресса у них: семейная нестабильность, в особенности конфликты с детьми; ощущение изоляции; недостаточная эмоциональная связь при построении отношений; недостаточность общих интересов.

## **КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ**

***І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, А. Є. Ніколенко,  
Т. Й. Шустерман, С. В. Рокутов, Є. С. Феденко***

Коксартроз — це найважча форма остеоартрозу, вона є серйозною медико-соціальною проблемою через велике поширення в осіб працездатного віку, втрату професійних та соціальних навичок, значну інвалідизацію хворих унаслідок формування дезадаптаційної поведінки. Серед хворих, які вперше звернулися до МСЕК для встановлення групи інвалідності у зв'язку з патологією опорно-рухового апарату, пацієнти з коксартрозом становлять близько 35%. Поширеність коксартрозу в популяції (6,43%) корелює з віком і досягає максимальних показників (13,9%) в осіб віком понад 45 років. Захворюваність в Україні становить 497,1, поширеність — 2200,6 на 100 тис. населення (Коваленко В. М. і співавт., 2002).

При тяжкому хронічному захворюванні, такому як коксартроз, з самого його початку психогенні фактори, поряд з соматогенними, визначають стан хворого. Причини утруднення адаптації треба шукати у відсутності в цього контингенту хворих необхідних пластичності, стійкості та “флексибільності” психіки. Також поряд із лікарськими (експертними) оцінками не можна залишати без уваги й самооцінку хворим свого стану. Встановлено, що зниження самооцінки призводить до порушення функціонування в різних сферах життєдіяльності, а нестійкість системи самооцінки сигналізує про порушення в мотиваційній сфері, які ускладнюють нормальне функціонування особи.

Метою роботи було дослідження порушення психічної адаптації у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування, на основі вивчення їх клініко-психопатологічних особливостей.

### ***Матеріали й методи дослідження***

Обстежені 90 стаціонарних хворих відділення ендопротезування ОКЛ ім. І. І. Мечникова м. Дніпропетровська. Клініко-психопатологічні, катамнестичні обстеження включали динамічне спостереження хворих та аналіз їхніх історій хвороби. Експериментально-психологічне дослідження проводили за такими методиками: рівня тривожності Тейлора та дослідження самооцінки Дембо-Рубінштейна. Середній вік пацієнтів становив  $53 \pm 5,6$  року. Тривалість хвороби становила від 2 до 30 років, у середньому  $8,36 \pm 0,79$  року.

## **Результати дослідження**

У результаті проведеного дослідження у хворих на коксартроз, які потребують ендопротезування, визначено провідними такі психопатологічні синдроми: астеничний (39,34%), депресивний (29,47%), фобічний та тривожний (18,65%) й іпохондричний (12,54%). У даного контингенту хворих на передопераційному етапі у клінічній картині встановлено зростання значущості больового синдрому, переважання постійного емоційного напруження, виникнення сумнівів щодо успішного результату операції та страх перед процедурами. На післяопераційному етапі в досліджуваній групі хворих спостерігалось посилення відчуття безпомічності, хворобливе роздратування через страждання замість сприйняття його як природного наслідку операції. Встановлено, що у хворих з коксартрозом працездатного віку (від 41 до 50 років) наявна знижена самооцінка, що суттєво впливає на ефективність лікування та реабілітацію.

## **Висновки**

Виявлені у клінічній картині хворих патопсихологічні порушення призводять до формування дезадаптаційної поведінки, яка значною мірою знижує якість лікувального та реабілітаційного процесу цього контингенту хворих. Повне виліковування при коксартрозі в переважній більшості випадків неможливе, тому зусилля психіатра повинні бути спрямовані перш за все на те, щоб допомогти хворому адекватно сприймати своє захворювання, прилаштуватися до зміненого фізичного й соціального статусу, повірити в можливість жити в нових умовах, обмежених через хворобу.

# ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ГРУПП САМОПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

**В. В. Судраба, Э. А. Ранцан<sup>1</sup>, И. К. Миллере<sup>1</sup>**

*Рижский центр психиатрии и наркологии<sup>1</sup>,  
Рижский университет им. П. Страдина  
г. Рига, Латвия*

## **Актуальность**

Проблема распространения алкоголизма и наркоманий среди населения Латвии остается актуальной. По данным Центрального управления статистики Латвии, в 2009 году употребление абсолютного алкоголя на 1 жителя составило 6,1 литра, а на 1 жителя старше 15 лет количество употребленного абсолютного алкоголя составило 7,0 литра. В 2009 г. на учете состояло 30103 больных алкоголизмом (1339 на 100 000 населения), по сравнению с 2008 г. число больных уменьшилось (30318 или 1341 на 100 000). Но увеличилось число больных наркоманий — от 3236 (2008) до 3468 (2009). Ситуация усугубляется и из-за значительного роста количества смертельных случаев, где основной причиной (прямой или косвенной) является злоупотребление алкоголем или наркотиками. Увеличилось число смертельных случаев, связанных с заболеваниями печени, вызванными чрезмерным употреблением спиртных напитков, — 100 случаев в 2008 г. и 156 в 2009 г., а также увеличилось число умерших из-за отравления алкоголем — 136 случаев в 2008 г. и 174 в 2009 г. Большинство современных специалистов, понимая сложную био-психо-социальную природу различного рода химических зависимостей, подчеркивают необходимость комплексного подхода к решению этих проблем и особую важность психотерапевтических воздействий на разных этапах лечения и реабилитации больных с зависимостями. Важнейшей задачей в лечении и реабилитации больных алкоголизмом и наркоманиями, помимо прекращения приема психоактивных веществ, является обеспечение устойчивой, длительной ремиссии, профилактика срывов и рецидивов. Психотерапия рассматривается в качестве существенного элемента процесса лечения, во многом определяющего социальную адаптацию больных и качество их жизни.

## **Цель**

Определить, как наркологические пациенты посещают группы самопомощи (Анонимные Алкоголики, Анонимные Наркоманы, Анонимные Игро-зависимые), индивидуальную и групповую психотерапию и как они оценивают эффективность этой помощи.

## **Методы**

В исследовании использовалась анкета для пациентов, разработанная исследователями. Она содержит вопросы о демографических данных, о последствиях употребления психоактивных веществ (ПАВ) и пристрастия к азартным играм, а также о качестве получаемых видов наркологической и психотерапевтической помощи. Для обработки данных использовались программа SPSS (14.0 версия), дескриптивный анализ.

## **Результаты**

Проанализированы 373 анкеты пациентов, получивших амбулаторную и стационарную наркологическую помощь в 2 городах Латвии. Всем пациентам поставлен диагноз зависимости (алкоголизм, наркомания или зависимость от нескольких ПАВ). Из опрошенных пациентов было 67% мужчин и 33% женщин. Работу имели 38,1% пациентов. Относительно образования основную группу составили пациенты со средним (30,8%) и средним специальным образованием (34,3%), высшее образование имели 16,6% больных. 29,5% пациентов состояли в браке, 25,2% жили в гражданском браке, 21,4% жили одни, 19,6% — разведены. 68,6% опрошенных пациентов имели детей. 97,1% пациентов отмечали, что употребляли алкоголь, 32,4% — наркотики, а 33,5% играли в азартные игры. 44,2% пациентов впервые попробовали алкоголь в возрасте 14–16 лет, 11,3% пациентов в первый раз попробовали наркотики в 15–18 лет. Считаю себя зависимыми от алкоголя 80,2% больных, от наркотиков — 20,4%, от игровой зависимости — 10,5%, но 8,6% больных не считают себя зависимыми, хотя всем из них поставлен диагноз зависимости, все получали наркологическую помощь и 89,3% ранее обращались за помощью. Последствия от употребления ПАВ отметили 96,5% больных. Более часто (74,5%) пациенты отмечали последствия в социальной сфере, последствия здоровья (68,9%), финансовые (63,0%), на работе (61,7%), в эмоциональной сфере (60,9%), менее часто пациенты указывали на последствия, связанные с нарушением закона (39,7%) и в сексуальной сфере (30,8%). Те, кто признают себя больным алкоголизмом, более выраженные последствия отмечают в социальной сфере (77,3%), но в сексуальной сфере указывают на последствия только 32,4%, также на последствия в сфере здоровья указывают 69,6% больных. 3,3% отмечают, что у них нет никаких последствий. Те, кто признают себя наркоманами, также отмечают более выраженные последствия в социальной сфере (90,8%) и сфере здоровья (88,2%), но менее последствий в сексуальной сфере (61,8%) и с нарушением закона (67,1%). 2,6% подчеркивают, что у них нет никаких последствий. Те, кто признают себя игрозависимыми, в большей степени отмечают последствия в сфере отношений (97,4%) и финансов (94,9%), но 5,1% отмечают, что у них нет никаких последствий.

Помимо наркологической помощи, пациенты посещали группы самопомощи (28,4%), приняли участие в индивидуальной психотерапии (19,0%), а 7,0% — в групповой психотерапии. Из числа пациентов, посетивших группы самопомощи, 14,2% имели начальное образование, 29,2% — среднее,

29,2% — среднее специальное образование, 27,4% — высшее образование. Индивидуальную психотерапию посещали 31,0% пациентов с высшим образованием, 30,2% — со средним специальным, 29,6% — со средним, 9,2% — с начальным образованием. Групповую психотерапию посещали 42,4% пациентов с высшим образованием, 34,6% — со средним специальным, 11,5% — со средним и начальным образованием. На вопрос, как долго они посещали группы самопомощи, 55,8% пациентов ответили, что до 1 года, 14,3% — до 3 лет, 8,6% — до 5 лет, а 18,0% — более 5 лет. Индивидуальную психотерапию 67,3% пациентов посещали до 6 месяцев, по 11,4% — до 1 года и до 3 лет, а 9,9% — более 3 лет. Групповую психотерапию до 6 месяцев посещали 34,6% пациентов, до 1 года — 23,1%, до 3 лет — 15,4%, более 3 лет — 23,1%. Ремиссии до 1 года после посещения групп самопомощи отметили 61,9% пациентов, после посещения индивидуальной психотерапии — 71,0%, после групповой психотерапии — 57,7%. Ремиссии до 3 лет — 20,9% (группы самопомощи), 11,6% (индивидуальная), 7,7% (групповая психотерапия). Ремиссии до 5 лет — 2,9%, 5,8% и 11,5% соответственно. Ремиссии более 5 лет после посещения групп самопомощи — 14,3%, после индивидуальной психотерапии — 11,6%, после групповой психотерапии — 23,1%.

Указанные виды помощи наиболее улучшают эмоциональную сферу пациентов (73,2% отметили улучшение после индивидуальной психотерапии, 76,9% — после групповой, 79,2% — после групп самопомощи). Группы самопомощи также улучшают социальную сферу (это отметили 69,8% пациентов), моральную сферу и сферу здоровья (по 67,9%), в меньшей степени — сферу закона (31,1%). 11,3% пациентов отметили, что посещение групп самопомощи, не улучшает ничего. После индивидуальной психотерапии улучшение в социальной сфере отметили 71,8%, в сфере здоровья — 57,7%, моральной — 54,9%, по работе — 50,7%, но в меньшей степени — сферу закона (23,9%). 12,7% пациентов отметили, что посещение сеансов индивидуальной психотерапии не улучшает ничего. После групповой психотерапии на улучшение в моральной сфере указали 76,9% пациентов, по 65,4% пациентов отметили улучшение в сфере здоровья, работы, отношений. 3,8% пациентов указали, что не улучшается ничего.

### **Заключение**

1. Не признают себя зависимыми 8,6% пациентов, несмотря на то, что все они получают наркологическую помощь.
2. Пациенты наиболее часто выбирают посещение групп самопомощи, реже — психотерапию. Групповую и индивидуальную психотерапию выбирают пациенты с высшим образованием.
3. Более выраженное улучшение пациенты отмечают в эмоциональной сфере, менее выраженное — в сфере закона. Несмотря на то, что приобретение и употребление наркотиков запрещено законом, только 67,1% наркоманов указывают на последствия в сфере закона.

## ДИТЯЧА АГРЕСІЯ ЯК ЗАКЛИК ПРО ДОПОМОГУ

**Анжела Борщевська**, к. мед. н., асистент кафедри психіатрії та психотерапії ЛНМУ ім. Данила Галицького;

**Наталія Ришковська**, к. мед. н., асистент кафедри психіатрії та психотерапії ЛНМУ ім. Данила Галицького;

**Ростислав Гривул**, асистент кафедри психіатрії та психотерапії ЛНМУ ім. Данила Галицького

Коли до моїх батьків нарешті дійшло,  
що мене викрали,  
вони не зволікали жодної хвилини  
й відразу здали мою кімнату в оренду.  
*Вуді Алєн*

Я с детства рос на улице мрака,  
Кругом, где всегда звериная атака,  
В городе сумрака звери живут,  
День ото дня кого-то грызут.  
Кругом стоят крутые японские машины,  
Меня уже тошнит от этой картины.  
Каждый район как ящик Пандоры,  
На них лишь живут убийцы и воры...  
*Реп, А., 15 р.*

Вечная проблема «отцов и детей» не утратила своей актуальности и в наше непростое и напряженное время. Особый ракурс проблемы, связанный со стрессогенностью наших реалий, касается повышения агрессивности в обществе и, что особенно настораживает, среди подростков и детей. В статье приводится анализ факторов риска и делается попытка поиска ресурсов.

Два полюси однієї реальності, вічні «батьки та діти» з їхніми непрости-ми стосунками. Батьки, до яких у напруженому ритмі сьогодення не завжди вчасно «доходять» проблеми та болі їхніх дітей. І діти, з одного боку, з ранньою претензією на дорослість та самостійність, а з іншого — такі незахищені і розгублені в цьому буремному світі. Так, ми живемо у неспокійний час. «...Не важливо, з чим пов'язаний цей неспокій, з економічною кризою, з терористичною загрозою чи з доглядом за матір'ю, яка старіє. Усі ці проблеми звальються на нас, а ситуація в суспільстві змушує нас відчувати себе більш тривожно, ніж будь-коли» (М. Райнеке). І, як результат, «усе більше людей побивається спустошеними душами об екран телевізора чи монітор комп'ютера, усе частіше заїдають, закурюють чи запивають свою тривогу та свою непотрібність нікому» (3). За даними опитування, проведеного благодійною організацією Kidscape, 45% дітей та підлітків віком від

11 до 18 років, що проживають в Об'єднаному Королівстві, інколи відчувають себе у віртуальному просторі щасливішими, ніж у реальності.

Згаданий в епіграфі, нехай і далекий від досконалості, але такий щирий та по-підлітковому гострий реп також є яскравою картинкою наших днів. Він написаний хлопцем, батьки якого звернулися до лікарів у відчай з приводу своєї безпорадності. Останнім часом підліток став дратівливим, нестриманим, почав прогулювати школу, почалися крадіжки вдома (усе це можна трактувати як форми відкритої та прихованої агресії). Звернень родин з підлітками було немало, і спектр скарг був у них приблизно однаковий. Водночас увагу привернула передача на російському телеканалі. У ній йшлося про те, що останнім часом в інтернеті почастішали викладені підлітками «фільми» з демонстрацією бійок між дівчатами. Випуск називався «Напоказ», і виникла думка про те, що у підлітків усе «напоказ». А коли щось демонструється, то воно звернено до уявної аудиторії, зі сподіванням, що буде відповідне реагування.

Низка інших звернень на психіатричному прийомі була приблизно такого змісту: хлопчаків 7–8 років побили однокласники на перерві.

І нехай це вже не підлітки, але й у них присутній певний заклик «напоказ», заклик до того, щоб їх почули, звернули увагу на їхні потреби дорослі, насамперед, найближчі з них родина.

Отже, у сучасних умовах суспільної нестабільності та напруженості набуває актуального характеру криза «соціальної занедбаності» дітей та підлітків. І тоді дитячий світ, який завжди асоціювався з островом добра, безтурботності й радості, поступово наповнюється злістю та агресією.

Хорні вказує: «Агресія — це реакція особистості на ворожу людині навколишню дійсність».

Слово «агресія» (від грецького *aggredy*) означає «йти вперед», «наближатися». Як у будь-якому фундаментальному понятті, тут поєднано протилежні тенденції. «Наближатися» можна як з метою налагодження контакту, так і з певною ворожою метою. «Головна проблема полягає в тому, що ці дві складові агресії, умовно кажучи. «позитивна» та «негативна», можуть тісно переплітатися. Добре, коли чітко простежується добрий чи ворожий мотив поведінки. А коли одне стає частиною другого?! У таких випадках агресія виглядає дуже складним та неоднозначним явищем. Зовні вона може виглядати як руйнування, а насправді є необхідною ланкою у глибокому процесі творення. Як у «Фаусті»: «Я частина тієї сили, що вічно хоче зла, та творить благо» (4).

Ставлення до агресивності дітей буває різним. Агресивність сприймається, наприклад, як звична вікова поведінка, як прояв «бурі та тиску», що властиві організму, який росте, особистості, що розвивається. Батьки, що дотримуються вказаної позиції, довгий час не вдаються до дій для корекції поведінки такої дитини. Інший тип стосунків полягає в потужному «виховному» пресингу, коли агресія розцінюється як зло. При цьому будь-які протести, будь-яке, навіть цілком виправдане незадоволення, підлягає покаранню. Ще один з варіантів: дитина з проблемним характером і проявами депресивного розладу, стаючи дратівливою, опозиційною, стикається з не-

порозумінням і категоричною «соціальною відсіччю». До таких дітей та підлітків ставляться як до хуліганів. До дисциплінарних покарань у школі додається ще й батьківська тактика репресій. Так формується «замкнене коло».

Засвоєння моральних цінностей передбачає активну участь особи у своєму розвитку засобом осмислення навколишнього світу та прийняття рішень, які визначають активність особи в цьому світі. Якщо дитина бачить, що її дії несправедливо засуджуються оточенням, наприклад батьками, які не можуть зрозуміти її поведінки, дитина може відмовитися від своїх спроб засвоїти погляди навколишніх, почне ігнорувати норми поведінки та діяти, керуючись власними інтересами. Однак не всі такі діти агресивні. Агресивність може бути викликана ще й неправильним ставленням батьків до конфліктів, що виникають. Останні ж є неминучими у процесі надбання досвіду взаємодії з іншими людьми. Такі конфлікти передбачають розуміння як самого себе, так й інших стосовно себе. Способи, за допомогою яких конфлікти вирішуються чи не вирішуються, відіграють роль у розвитку розуміння дитиною інших людей чи самого себе (Dunn, Slomkowski, 1992).

Отже, конфлікт може величезний потенціал для індивідуального розвитку дитини, а також для формування стосунків та участі в соціальному житті. Батьки ж, замість використовувати цей цінний потенціал, можуть підкріпляти агресивні форми поведінки, нагнітаючи конфліктні ситуації, підвищувати рівень агресивності в поведінці своїх дітей чи проявляти ворожість.

Поведінка підлітків багато в чому спрямована на подолання, «зламування» існуючих правил дорослого світу. Ця поведінка протестна, опозиційна за своєю природою.

Отже, агресія може бути «посильним» протестом дитини проти нездорової обстановки в родині, у державі, відстоюванням свого місця під сонцем. Агресія в такому випадку є вираженням прихованого відчаю, що викликаний нерозумінням та дефіцитом уваги, любові, усвідомленням власної потреби.

Якщо дитина не отримує необхідних їй тепла і турботи, тієї маси інформації та знань, які можуть дати їй близькі, виникає порушення онтологічної реальності. Що стосується підлітків, то відчуття розділення власного Я, тобто відчуття загубленості у світі, відсутність відчуття власної реальності, є провідною ланкою так званого стану «онтологічної незахищеності» (1). У стані онтологічної незахищеності людина відчуває себе нереальною, слабо відмежованою від навколишнього світу, такою, що сумнівається у своїй ідентичності та автономності. Це призводить до того, що підліток підпорядковується прагненню зберегти себе, а обставини життя сприймаються ним як такі, що загрожують існуванню. Невпевненість у стабільності свого внутрішнього світу, занепокоєність тим, що цей світ може бути втрачений, є основою постійного стресу. Коли ж цей «свій» стрес ще й входить у резонанс із суспільним стресом, то, напевно, цього стає вже занадто і запускається система різнопланових повідомлень про «перебір».

Водночас у батьків, які самі перебувають під постійним пресингом напруженого ритму життя, невизначеності та непевності українських реалій, на жаль, дуже часто бракує ресурсів для підтримки своїх дітей.

Отож ми знаємо, що будь-який живий організм постійно взаємодіє з оточенням. Людина не є винятком, вона є буквально апофеозом такого взаємного обміну. І те, яким чином кожний із нас цей обмін здійснює, може бути показовим для вступу до взаємодії або, навпаки, до відсторонення від неї. Звичайно ж, емоційна енергія є одним із найважливіших «товарів» для обміну між людьми, хоча слід зазначити, що агресія — це досить напружена та колюча частка енергетичного «товарообміну».

І оскільки ця енергія є різнобарвною, немалу частку в ній становить й агресія. Але, виникаючи у критичній ситуації, агресія виконує захисну функцію, іноді функцію виходу з ситуації (2). Ситуації перенапружуючої реальності та поступової девальвації стосунків. І нам, дорослим, слід вчасно почути цей заклик до нас.

«Життя довге, якщо воно повне. Будемо вимірювати його своїми вчинками, а не часом» (Анней Луцій Сенека). З цим закликом видатного філософа не можна не погодитися. У нас, дорослих, ці вчинки могли б включати організовану нами ж самими зайву можливість зупинитися на певний час і почути своїх дітей.

## Література

1. Бобров А. С., Магонова Е. Г. Связанная со стрессом депрессия в амбулаторной психиатрической практике // Ж. неврологии и психиатрии. — 2010. — № 7.
2. Католик Г., Михальчишин Г. Практикум з психології (психологія агресії, конфлікту, любові). — Львів, 2009.
3. Смольская Л. О родителях, психологии и укреплении тыла // Дзеркало тижня. — 2011. — 19 бер.
4. Можгинский Ю. Б. Агрессивность детей и подростков: распознавание, лечение, профилактика. — М., 2008.
5. Расстройства поведения детского и подросткового возраста Под ред. Джонатана Хилла, Барбары Моэн. — К.: Сфера, 2006.

# ОБҐРУНТОВАНІСТЬ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПОСМЕРТНИХ СПЕ ОНКОХВОРИХ

**О. П. Олійник, С. С. Шум**

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

Згідно з проаналізованими посмертними актами СПЕ з різних регіонів і областей України, більшість експертиз, які проводились особам з онкологічними захворюваннями, були первинними (81,5%), частка повторних СПЕ становила 18,9%. Усі експертизи були комісійними. У переважній більшості призначалися судово-психіатричні експертизи (94,5%). Комплексні експертизи із залученням судових експертів-психологів призначались у поодиноких випадках (5,5%).

Це свідчить, що при вирішенні достатньо складних експертних питань щодо дієздатності онкохворих до проведення експертиз вкрай рідко залучаються судові експерти-психологи, що є необґрунтованим, враховуючи тяжкий соматопсихологічний стан пацієнтів, який суттєво впливає на психічне функціонування, вольові процеси та мотивацію в укладанні правочинних угод.

Розподіл актів СПЕ за експертними рішеннями засвідчив, що у 57,5% випадках особи з онкологічними захворюваннями на час укладання оспорюваних угод визнавалися такими, що могли усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними (УЗСД та КН); у 30,8% випадках не могли УЗСД та КН; у 8,9% випадках експерти не змогли прийняти рішення стосовно поставлених питань; у 2,7% випадках приймалося рішення про такий психічний стан, який істотно впливав на здатність особи УЗСД та КН.

Експертні рішення про здатність УЗСД та КН ґрунтувались на експертних діагнозах. Експертні рішення про збереженість здатності УЗСД та КН у 76,8% випадків приймалися на підставі відсутності даних про наявність будь-яких психічних розладів в онкохворих. У решті випадків (21,4%), висновки ґрунтувались на діагностиці різних психічних розладів, які не позбавляли онкохворих можливості УЗСД та КН на час укладання правочинів: органічний емоційно-лабільний астенічний розлад — у 9,5% випадків; легкий когнітивний розлад — у 7,1%; невиразний психоорганічний синдром — 2,4%; рекурентний депресивний розлад — 1,2%; пролонгована депресивна реакція — у 1,2% випадків. В актах СПЕ, які містили рішення щодо неможливості осіб з онкологічними захворюваннями УЗСД та КН на час укладання цивільних правочинів, експертні діагнози відображали більш тяжкі психічні розлади: розлади свідомості — 66,7% випадків; деменцію — 13,3%; виразне інтелектуальне зниження — 17,8%; хронічний маячний розлад — у 2,2%.

Аналіз обґрунтованості експертних висновків з урахуванням: 1) обсягу матеріалів, на яких проводилась експертиза; 2) узгодженості та суперечливості даних щодо психічного стану підекспертного на період, що цікавить суд; 3) неупередженого, критичного ставлення експертів до певних фактів з матеріалів справи; 4) додержання принципів презумпції психічного здоров'я та трактування суперечливостей на користь психічного здоров'я підекспертного; 5) відповідності експертних діагнозів і висновків клінічним формам і проявам існуючих психічних захворювань та закономірностям їх перебігу; 5) логічності, обґрунтованості й доказовості відомостей, наведених в акті СПЕ як самостійному, завершеному процесуальному документі, що є джерелом доказів, — виявив наступне.

Цілком обґрунтованими експертні діагнози та висновки були у 39,7% випадків. Недостатньо обґрунтовані рішення через недостатність матеріалів справи, неповноту та/або суперечливість відомостей щодо психічного стану підекспертного, суб'єктивність в оцінці представлених даних містились у 60,3% актів СПЕ.

Частка недостатньо обґрунтованих експертних висновків достовірно переважала серед актів, у яких приймалося рішення про неможливість онкохворими УЗСД та КН (44,4% на противагу 11,9%). Натомість найбільш обґрунтовані рішення переважали серед актів з констатацією про збереження здатності УЗСД та КН (47,6% на противагу 22,2%).

Причинами прийняття недостатньо обґрунтованих експертних рішень були:

- 1) недостатність матеріалів, представлених на експертизу. При цьому експерти в більшості випадків не запитували в суду додаткових матеріалів, а приймали рішення на основі наявних, але явно недостатніх, документів;
- 2) суперечливість відомостей стосовно психічного стану підекспертного, з суб'єктивним перебільшенням експертами одних та недооцінкою інших даних, без логічного їх роз'яснення у мотивувальній частині;
- 3) порушення принципу презумпції психічного здоров'я, коли експертами «можливий психічний розлад» бездоказово розцінювався як «реальний» на підставі власного клінічного досвіду, без підтвердження даними з матеріалів справи;
- 4) більшість актів СПЕ через відсутність рубрифікації частин акта, неповноту інформації, нехтування пояснень у мотивувальній частині або відсутність цієї частини взагалі не відповідали вимогам самостійного, завершеного, процесуального документа, який є джерелом доказів у суді;
- 5) поширеною помилкою в експертних висновках була констатація дієздатності/недієздатності замість можливості/неможливості усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними, що виходило за рамки компетенції судово-психіатричних експертів, тому що встановлення дієздатності / обмеженої дієздатності / недієздатності є виключно прерогативою суду.

При аналізі повторних СПЕ, частка яких з усіх досліджених актів становила 18,5%, було з'ясовано, що відсутність розбіжностей експертних висновків при повторних СПЕ спостерігалася тільки у 18,5% актів.

У решті випадків експертні рішення при кожній повторній експертизі значно різнилися.

Таким чином, підсумовуючи результати дослідження актів посмертних СПЕ осіб з онкологічними захворюваннями, можна відзначити такі закономірності.

Для вирішення судом питання щодо можливості осіб, хворих на онкологічну хворобу, усвідомлювати значення своїх дій та (або) керувати ними переважно призначалися судово-психіатричні експертизи (94,5% випадків), частка комплексних судових психолого-психіатричних експертиз була мізерною (5,5%), враховуючи можливість порушення мотиваційної складової вольового компонента формули дієздатності онкохворих.

Експертні комісії, встановлюючи діагнози, не користуються своїм правом виносити подвійні шифри за МКХ-10, що не відображає повноти клінічної картини психопатологічних розладів та нівелює медичний критерій «дієздатності». Своєю чергою, це є однією з причин недостатньої обґрунтованості юридичного (психологічного) критерію в експертних висновках.

Висока частка необґрунтованих експертних висновків в актах, де приймалося рішення про нездатність осіб з онкологічними захворюваннями усвідомлювати значення своїх дій та керувати ними під час укладання цивільних угод, свідчить про відсутність чітких критеріїв експертної оцінки психічних розладів у хворих на онкопатологію та підтверджує актуальність наукових розробок у цьому напрямку.

# **ДЕПРЕСІЇ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ**

***Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, Р. І. Рудницький,  
В. Г. Деркач, Т. Г. Карвацька***

*Буковинський державний медичний університет*

Темп життя сучасної людини характеризується зростанням інтенсивності й частоти емоційних навантажень. Цьому сприяють стрімка зміна соціального середовища, підвищення темпу життя, руйнування традиційних сімейних структур, екологічні катаклізми тощо. На все це людина реагує певними переживаннями і, як наслідок, вона неправильно розуміє свій душевний стан, а отже, втрачає можливість правильно керувати переживаннями, що, своєю чергою, негативно впливає на її здоров'я. Психоемоційне перенапруження сприяє збільшенню кількості психосоматичних захворювань і тривожно-депресивних розладів, що зумовлює інтерес психіатрів і психотерапевтів до проблеми добору найбільш ефективних та найменш тривалих методів лікування депресії у хворих із психічними розладами, пов'язаними зі стресом.

Частими скаргами у хворих із психічними розладами, пов'язаними зі стресом, є скарги на тривале зниження настрою. Реактивна депресія проявляється пригніченням настрою з негативною, песимістичною оцінкою себе та свого становища в сьогоденні, минулому і майбутньому. Загальні ознаки депресії характеризуються почуттям смутку, втратою інтересу до будь-якої діяльності і зменшенням енергії. Додаткові симптоми включають втрату впевненості в собі, занижену самооцінку, необґрунтоване почуття провини, думки про небажання жити, відсутність стимулів до життя, зменшення здатності концентрувати увагу, порушення сну й апетиту. При цьому може бути наявним ряд соматичних симптомів, що супроводжують пригніченість настрою (втрата ваги, схильність до закрепів тощо).

Поряд із пригніченістю депресія може включати ідеаторну і рухову загальмованість зі зниженням спонукань до діяльності або тривожне збудження (аж до ажитації). Для депресивних пацієнтів характерна психічна гіперальгезія (душевний біль), яка поєднана із психологічно невмотивованим почуттям провини, зниженою самооцінкою й інколи — суїцидальними тенденціями, а тяжке фізичне самопочуття — із соматичними симптомами (розлади сну з труднощами засинання і ранніми пробудженнями; різке зниження апетиту зі зменшенням маси тіла на 5% і більше протягом місяця; зниження лібідо, порушення менструального циклу аж до аменореї та інші сомато-вегетативні дисфункції), що можуть визначати клінічну картину конкретного психічного розладу невротичного рівня.

Сучасний підхід до лікування депресій полягає у комбінуванні різних методів — психотерапії та біологічної терапії (медикаментозної). Основним завданням лікування депресій є необхідність дати пацієнту надію на поліпшення всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність. Медикаментозне лікування психогенних депресій призначають при різній вираженості депресивних проявів, причому необхідною умовою ефективності є лікування є співпраця пацієнта з лікарем. Для лікування депресій застосування фармакотерапії без психотерапії малоефективним. Лікар сам повинен стати «таблеткою» для хворого, адже зможе допомогти йому тільки тоді, коли матиме з ним тісний контакт і завоює його довіру. У такому випадку вдасться запобігти й передчасному перериванню лікування, яке у 50% випадків призводить до рецидивів. Як відомо, психотерапія допомагає лише за умови, якщо той, щодо кого її застосовують, відчуває довіру до психотерапевта. Між міркуванням і прийняттям його конкретною особою існує важливий елемент — почуття. І лише воно створює ту атмосферу довіри, без якої психотерапія неможлива. І тут варто згадати значення емпатії — здатності налаштувати свої емоції на «хвилю» переживань інших людей, яка сприяє врівноваженості емоційної сфери людини.

Сьогодні найпоширенішими методами психотерапії, які застосовують при лікуванні депресій, є когнітивна, біхевіоральна, клієнт-центрована, психодинамічна терапія і символдрама. Психотерапія є основним методом лікування, не альтернативою, а важливим доповненням до медикаментозного лікування психогенної депресії. І, на відміну від нього, вона наділяє пацієнта активнішою роллю у процесі лікування, дає йому можливість розвинути навички емоційної саморегуляції й надалі — активніше справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

# **КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, РОЗЛАДІВ У САМОТНІХ ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ**

***Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, А. В. Федотова,  
А. П. Левицька, Л. М. Топало***

*Буковинський державний медичний університет (кафедра нервових хвороб,  
психіатрії та медичної психології),  
Чернівецька обласна психіатрична лікарня,  
КЦ «Турбота», м. Чернівці*

Невтішні демографічні прогнози, постаріння населення супроводжуються зростанням у його структурі самотніх людей похилого віку і бездітних подружніх пар, де обоє немічні. Майже 3 млн. осіб, вік яких вищий, ніж працездатних, належать до цієї категорії людей літнього віку, що відчують потребу в різних видах стороннього повсякденного піклування. Почуття соціальної незахищеності, ізоляції від навколишніх у самотніх громадян підвищує ризик розвитку в них ряду захворювань, насамперед захворювань серцево-судинної і нервової систем, такою ж мірою, як інші фактори ризику. Стресові фактори глибоко впливають на психіку самотніх людей і можуть спричинити різні психічні розлади. Психосоціальні фактори, значні зміни в житті або стресові події в житті людей літнього віку часто призводять до негативних реакцій, невротичних станів, що є підґрунтям для виникнення невротичних, пов'язаних зі стресом розладів, серед яких часто виражені тривожні й депресивні реакції з вираженим відчуттям самотності та неоптимальності, страхом перед можливістю розвитку безпорадності. За МКХ-10 такі захворювання визначено як «Розлади адаптації», розділ F 43.2. Це диктує необхідність розробки адекватних лікувально-профілактичних заходів щодо надання допомоги самотнім літнім хворим із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

Багато авторів звертає увагу на той факт, що ефективність терапії у літніх самотніх хворих із розладами адаптації значно підвищується, якщо вона розпочата на ранніх етапах, а також у разі поєднання психофармакотерапії з різними видами психотерапії та психологічної корекції. Тобто лікувально-реабілітаційні заходи для хворих повинні мати комплексний характер.

З метою доведення необхідності комплексного підходу в лікуванні самотніх літніх хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом, розладами та дослідження ефективності запропонованих заходів проведено дослідження 27 самотніх літніх хворих із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами віком від 65 до 87 років на базі 5-го, 15-го відділень Чернівецької обласної психіатричної лікарні, а також серед підопічних КЦ «Турбота» м. Чернівців, у яких діагностовано розлади адаптації. Для скринінгового виявлення депресивної та тривожної симптоматики у хворих використовуву-

вали госпітальну шкалу самооцінки тривоги та депресії (HADS). Для оцінки тяжкості депресивної симптоматики, а також її динаміки у процесі лікування застосовували стандартизовану шкалу Монтгомері–Асберга (MADRS). Ступінь тяжкості тривожної симптоматики та її динаміку в процесі лікування визначали за допомогою клінічної шкали тривоги (CAS), яка дозволяє оцінити той чи інший тривожний симптом у балах (від 0 до 4). Для дослідження пам'яті використовували методику запам'ятовування 10 слів.

Усіх обстежених розподілили на дві групи — основну й контрольну. Основну групу становили хворі з розладами адаптації, яким проводили комплексне лікування за запропонованою нами схемою, а контрольну — хворі, які отримували лише медикаментозну терапію.

У роботі використано клініко-психопатологічний, клініко-епідеміологічний, психодіагностичний, соціально-демографічний та статистичний методи. Ефективність лікування оцінювали на основі динаміки психопатологічної симптоматики за результатами шкал MADRS, CAS і HADS.

Як свідчать результати клініко-психопатологічного аналізу, розлади адаптації в самотніх літніх людей частіше виникали як реакція психіки на пристосування до важливих змін у житті або до стресової життєвої події. Це стосувалося втрати когось із рідних або більш широкої системи соціальної підтримки. Ймовірність виникнення та форма прояву розладу адаптації значною мірою визначалися індивідуальною вразливістю. Пусковим фактором у розвитку розладу адаптації був стресовий чинник. Вибіркову вразливість осіб із розладом адаптації можна пояснити особливостями біологічної конституції організму, травматичним дитячим досвідом, відсутністю підтримки соціальних систем. Особи, які розглядали негативні події у своєму житті як такі, що перебувають поза їхнім контролем, мали схильність до формування тяжких психічних розладів, пов'язаних зі стресом, ніж ті, хто почував більшу владу над подіями свого життя й отримували достатню соціальну підтримку після стресової життєвої події. Недостатній вияв соціальної підтримки з боку суспільства значно впливав на формування розладу адаптації в самотніх людей літнього віку після перенесеної втрати.

У хворих спостерігали підвищення рівня ситуативної тривоги та знижені порівняно з середнім рівнем показники самооцінки, що свідчить про песимізм щодо майбутнього, відсутність повноцінної життєвої перспективи. Характерною була позиція «жертви» з орієнтацією на зовнішню допомогу. У досліджуваних відзначали загальне погане самопочуття, слабкість, підвищену психічну і фізичну втомлюваність, відсутність бадьорості, енергійності, «розбитість», небажання щось робити. У переважної більшості осіб діагностовано низьку самооцінку, психічну й соціальну дезадаптацію.

Кризові ситуації зумовлювали у хворих виникнення дезадаптивних реакцій, що часто перебігали у вигляді агресії або депресії. Виникненню агресії у хворих сприяли соціальна ізоляція, обмеження або самообмеження у соціальних контактах; відхилення в психіці, дезорганізація особистості, погана організація роботи закладів соціального обслуговування, низька кваліфікація співробітників і недостатній контроль за їх діяльністю; економічна або психічна залежність від інших людей; спостереження за агресивною

поведінкою в дитинстві або відчуття на собі агресивних проявів із боку батьків і оточення. Депресії у старості часто були пов'язані зі стресовими подіями, такими, як важка втрата рідних, близьких. Депресивні стани були представлені синдромом депресії різного ступеня вираженості — від субдепресії (яка проявлялася зниженням настрою, деякою апатією, пригніченістю, трохи зниженою самооцінкою хворого, що супроводжувалася ідеями власної неспроможності, нікчемності, схильністю до песимістичної оцінки подій) до явно депресивного стану (який характеризувався різко зниженим настроєм, бездіяльністю, ідеями власної провини, зниженням психічної і фізичної активності, почуттям розпачу, думками про нерозв'язність проблем, ситуацію безвиході, що виникла, аж до суїцидальних). Вивчена нами структура депресивного синдрому в різних випадках мала особливості. Так, тривожна депресія характеризувалася більш вираженою тривогою, що реалізовувалася у скаргах на непосидючість, серцебиття, задишку. Хворі перебували в постійній напрузі, скаржилися на вегетативні розлади. Переважним змістом думок при тривожній депресії була тривога за майбутнє. Дисфоричний (експлозивний) синдром супроводжувався вираженими спалахами злості, дисфоричними нападами, провокованими незначними причинами, унаслідок яких хворий ставав некерованим, агресивним як щодо оточення, так і медичного персоналу, соціальних працівників. Хворі в такому стані виглядали похмурими, напружено мовчазними, виявляли злопам'ятність, ригідність у своїх реакціях, надовго фіксувалися на негативних емоціях.

Характерними були розлади пам'яті зі зменшенням здатності до запам'ятовування до кінця дослідження, що свідчить про явище виснажливості нервових процесів. Вони комбінувалися з іншими симптомами неврозоподібного синдрому, в основі якого був насамперед церебральний атеросклероз. Характерні були скарги на відчуття тяжкості в голові, шум і дзвін у вухах, запаморочення, похитування при ходьбі або вставанні з ліжка, наростання втоми навіть при невеликих фізичних навантаженнях. Хворі ставали дратівливими, нетерплячими, у них легко з'являлися сльози на очах, порушувався сон.

При лікуванні основної групи літніх хворих із розладами адаптації поєднували психофармакотерапевтичні, психотерапевтичні та соціальні втручання. Застосовували антидепресанти, нейролептики, при вибуховості — тимостабілізатори. Антидепресанти знижували напруженість та підвищену дратівливість, частоту нічних кошмарів, «зворотних кадрів», небажаних спогадів і викликали редукцію тривожно-депресивної симптоматики. Пацієнтам із психомоторними порушеннями, ідеаторними розладами додатково призначали в малих дозах антипсихотичні препарати.

Психотерапія в основній групі хворих була спрямована на те, щоб за допомогою спеціально організованого процесу спілкування актуалізувати в пацієнта додаткові психологічні ресурси і здібності, що могли б допомогти йому знайти вихід із важкої життєвої ситуації. Увага при цьому типі надання допомоги приділялася не стільки наявним проблемам і порушенням, скільки ресурсам особистості пацієнта, його можливостям. Психотерапія була спрямована на етап динаміки розладу, тобто застосовували підтримуючий

підхід у гострому періоді з подальшою ревізією самооцінки хворого та навколишнього світу. Використовували особистісно-орієнтовані та поведінкові методи. Когнітивно-поведінкова терапія сприяла зниженню тяжкості специфічних симптомів, приводила до збільшення адаптивності пацієнтів, допомагала коригувати нереалістичні розумові висновки, фатальні переконання та спонтанні думки хворих, що зумовлювали відповідні порушення емоційної сфери та функціонування. Тісний контакт і завойовування довіри пацієнтів сприяли можливості дати пацієнту надію на поліпшення всупереч його переконанням про власну безперспективність і непотрібність, розвинути навички емоціональної саморегуляції і надалі —активніше справлятися з кризовими ситуаціями, не занурюючись у депресію.

Доцільним стало залучення медичних психологів-волонтерів для надання допомоги самотнім людям, що опинилися у кризовій ситуації.

Після проведеного лікування в основній групі зниження депресивної і тривожної симптоматики було статистично достовірним ( $p < 0,01$ ), у контрольній — недостовірно ( $p > 0,05$ ). Таким чином, унаслідок проведеного лікування в основній групі редукція психопатологічної симптоматики була більш значущою, ніж у контрольній, про що свідчать показники динаміки депресивної та тривожної симптоматики за шкалами MADRS, CAS і HADS.

Відбулося поліпшення симптоматичного стану пацієнтів, підвищився рівень соціальної адаптації, розпочалося формування навичок самостійного вирішення проблемних ситуацій у житті.

Наведені дані дозволяють вважати розроблений нами комплекс лікувальних заходів ефективним. Основним принципом лікування самотніх літніх хворих із розладами адаптації має бути комплексний підхід, який передбачає поєднання психофармакотерапії з психотерапією, що забезпечує більш значну редукцію психопатологічної симптоматики і відновлення здатності до адаптації.

Потреби медичного, соціального і психологічного характеру визначають необхідність розробки й запровадження державної системи медико-соціальної допомоги населенню літнього віку на всіх етапах структурної перебудови медичної галузі для системи геріатричної допомоги. Комплексний підхід у лікуванні, діагностиці і профілактиці захворювань у людей літнього віку дозволить досягти певних позитивних зрушень у наданні медико-соціальної допомоги людям літнього віку.

# **ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ**

***Н. С. Карвацька, А. В. Федотова, М. Д. Замковий,  
Л. В. Смылова, Т. Г. Карвацька***

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології  
ім. С. М. Савенка Буковинського державного медичного університету,  
Чернівецька обласна психіатрична лікарня*

Упродовж останніх років спостерігається збільшення поширеності і зростання захворюваності на психічні розлади. До початку ХХІ століття депресивні, тривожні й асоційовані з ними розлади посіли одне з перших місць у структурі психічної захворюваності. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на 2010 р., вони становили близько 40% від загальної кількості зареєстрованих у світі психічних розладів. Проблема афективної патології, особливо депресивних і тривожних станів, має важливе значення для клінічної практики і теоретичної психіатрії. Це зумовлено тим, що нині кількість депресій значно збільшується: за даними ВООЗ, на депресію страждає більше 110 мільйонів осіб у світі — 3–6% у загальній популяції. Статистичні дані свідчать про те, що через різні життєві обставини приблизно у 30% дорослого населення виникають нетривалі депресивні і тривожні епізоди непсихотичного рівня, з яких діагностується не більше 5% випадків. На сучасному етапі у структурі захворюваності на психічні розлади спостерігається зростання захворюваності на непсихотичні форми психічних розладів, серед яких переважають невротичні порушення. А серед невротичних порушень переважають афективні і, зокрема, депресивні розлади. Також зазначено про тенденцію до коморбідності депресивних проявів з іншими групами розладів, особливо непсихотичного рівня, зокрема тенденцію до «тривожності» депресії.

Відзначено, що до 20–25% жінок і 7–12% чоловіків хоча б один раз у житті перенесли депресивний епізод, а 3–4% всього населення планети страждає на рецидивуючу депресію. Згідно з дослідженням М. Rendon, 1996, депресивні розлади спостерігаються у 34% стаціонарних психіатричних хворих і в 65% хворих, що перебувають на диспансерному спостереженні. У ХХ столітті зареєстровано екстенсивне зростання депресивних розладів у всіх розвинених країнах світу. Якщо на початку століття вони траплялися в популяції з частотою 0,2%, то до середини 50-х рр. цей показник зріс до 4,3–5,7%. До середини 60-х рр. він збільшився до 11,2–14%, а в 90-ті рр. депресія виникала вже в 15–20% населення. При тому кількість депресивних хворих, що перебували на стаціонарному лікуванні, збільшилася з 8% у 1914 р. до 34% у 1996 р. У ряді епідеміологічних досліджень останніх років було встановлено, що в популяції панічні розлади формуються у 9–10%

населення; генералізований тривожний розлад — у 5,5%; соціальна фобія — у 3%. Водночас на obsесивно-компульсивний розлад страждає 2–5,5% популяції, а субклінічні прояви трапляються в 19% населення планети. Соматоформні розлади, за різними даними, виникають у 0,2–2% — 4% населення і посідають до 25% від усієї терапевтичної патології.

Високий динамізм розвитку соціальних процесів у суспільстві визначає факт широкого, усе зростаючого поширення граничної патології в населення різних регіонів України. Сьогодні актуальним залишається питання лікування невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, що зумовлено наявністю пацієнтів із хронічними, тяжкими формами психічних розладів непсихотичного рівня, невротичними розладами на тлі органічних захворювань головного мозку, а також хворих, для яких повсякденне соціальне оточення є постійним джерелом декомпенсації й настільки тяжкого емоційного стресу, що це робить майже неможливим лікування в амбулаторних умовах. Тому необхідно формувати нові лікувально-реабілітаційні підходи до цих станів.

С. McElroy з посиланням на М. Hamilton відзначає, що тривожна і депресивна симптоматика співіснує у 83–96% хворих. При проведенні численних досліджень встановлено, що 30–56% хворих із великим депресивним розладом відповідали критеріям генералізованого тривожного розладу; 40–87% — панічного розладу; 32–42% — критеріям специфічних фобій. За даними О. П. Ветроградової, у 6–7,7% хворих розвитку панічних атак передувала депресивна симптоматика, а в 3–4,3% пізніше розвинулася депресія. У 35–80% хворих, що відповідають критеріям великого депресивного розладу, також виявлено obsесивно-компульсивну симптоматика. При цьому в 55,6% хворих, які страждають на obsесивно-компульсивний розлад, маніфестації obsесій передувала депресивна симптоматика. Водночас близько 30–60% хворих із великим депресивним розладом відповідають критеріям соматоформних розладів: соматизованих, іпохондричних, больових та вегетативних. У 25–50% випадків депресивна фаза розвивається на фоні дистимії (т. зв. «подвійна депресія»). У 20–55% випадків депресивний епізод починається з розладів адаптації.

Незважаючи на високу ефективність антидепресантів, у середньому 30–60% хворих із патологією, що належить до розладів депресивного спектру, є резистентними до тимоаналептичної терапії.

Згідно з загальноприйнятими критеріям, депресію вважають резистентною, якщо протягом двох послідовних курсів (по 3–4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами спостерігається відсутність або недостатність клінічного ефекту (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона або Монтгомері становить менше 50%). Оцінюють ефективність антидепресивної терапії за такими критеріями: зменшення ступеня вираженості депресивної симптоматики за шкалою Монтгомері на 50% відповідає достатньому ефекту, на 21–40% — помірному ефекту і менше 21% — незначному ефекту. Адекватною дозою антидепресанту вважають дозу, еквівалентну 200 міліграмам іміпраміну або 200–300 міліграмам амітриптиліну.

Усе вищевикладене стало обґрунтуванням для проведення дослідження, метою якого було вивчення ефективності терапії пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом розладами.

На базі 5-го відділення (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної психіатричної лікарні за період з 2010-го по 2011 р. обстежено 30 пацієнтів із різними формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, із використанням методик дослідження акцентуації особистості, особистісної та реактивної тривожності, рівня депресії та механізмів захисту на початку курсу лікування та після його проведення. В ході скринінгового дослідження використано такі методики: шкала реактивної і особистісної тривоги Спілбергера–Ханіна, шкала депресії Гамільтона. Паралельно вивчали медичну документацію, проводили співбесіду з подальшою клініко-психопатологічною оцінкою кожного випадку.

Основними скаргами у обстежуваних хворих були: болі голови — у 82,6%; плаксивість — у 21,7%; порушення сну — у 73,9%; зниження працездатності — у 95,6%; підвищена тривожність — у 60,8%; страх за стан свого здоров'я — у 43,5%; зниження настрою — у 86,9%. Аналіз психопатологічних проявів у хворих виявив емоційну лабільність (нестійкість настрою — у 90,6% обстежених, тривогу за стан свого здоров'я — у 71,9%, дратівливість — у 93,8%) і соматовегетативні симптоми (короткочасні цефальгії — у 87,5%, запаморочення — у 50%, відчуття «грудки» в горлі — у 31,3%, лабільний пульс, частіше брадикардія — у 59,4%, гіпотонію — у 46,9%, біль в епігастрії — у 21,9%, дизуричні розлади у 25%, статеві розлади — у 21,9% пацієнтів).

Під час експериментально-психологічного обстеження при надходженні у більшості хворих визначалася акцентуація рис характеру за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застряваючим, циклотимним типом на тлі високого рівня особистісної та реактивної тривожності, помірної депресії. Частіше використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проєкція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше — витіснення, заперечення та регресія.

При виборі лікувально-реабілітаційних заходів враховували вираженість психосимптоматики. При переважанні астеничної симптоматики основні зусилля спрямовували на нормалізацію сну, відпочинок, загальноозміцнювальну терапію, психотерапію — формування упевненості у своїх силах. При переважанні депресивної симптоматики проводили медикаментозну терапію і комплекс психотерапевтичних заходів. При переважанні істеричної симптоматики основний наголос ставили на психотерапевтичні дії в рідкій модифікації.

Після проведеного лікування зменшилася кількість пацієнтів зі скаргами на дратівливість з 93,8% до 15,6%, на тривогу за стан свого здоров'я — з 71,9% до 12,5%, на біль голови — з 87,5% до 18,7%. У більшості хворих це супроводжувалося пом'якшенням акцентуєваних рис характеру, зниженням рівня депресії та напруженості механізмів захисту, що дозволяє зробити висновок про те, що психотерапія значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив завдяки усуненню причин і врахуванню

механізмів розвитку хвороби, що зумовлює зменшення або ліквідацію симптоматики. Водночас у 19% хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становила менше 50%, що свідчить про незначний терапевтичний ефект.

Усе вищевикладене свідчить про актуальність пошуку нових і модернізації відомих методів терапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом. Необхідно продовжити роботу з розробки ефективніших моделей комплексної фармако- і психотерапії невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, психопрофілактичної роботи, спрямованих на забезпечення високої ефективності лікування та медико-соціальної реабілітації психічно хворих, підвищення якості їх життя і рівня реінтеграції та адаптації в суспільстві.

# **ПСИХІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ТА МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ**

***Н. С. Карвацька, Л. М. Топало, Т. Г. Карвацька***

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології  
ім. С. М. Савенка Буковинського  
державного медичного університету, КЦ «Турбота» Міністерства праці і  
соціального захисту, м. Чернівці*

## **Вступ**

Сьогодні серед емоційних розладів тривога посідає особливе місце внаслідок її біологічної значущості й поширеності. Вона деякою мірою є індикатором душевного благополуччя й рівноваги особистості, а також багато в чому визначає поведінку людини та здатність до адаптації. У зв'язку зі збільшенням дії психосоціальних факторів спостерігається тенденція до значного зростання кількості нервових розладів та розладів психіки й поведінки. Як правило, при психічних розладах, пов'язаних зі стресом, унаслідок психічної дезадаптації невротичні конфлікти витісняються в несвідоме, тому людьми не усвідомлюються. Захисні механізми — це способи мислення, спрямовані на пом'якшення неприємних емоційних переживань і утримання несвідомих конфліктів зовні свідомості, зумовлюють виникнення хворобливої симптоматики. Залишається актуальним вивчення шляхів вирішення конфліктів пацієнтів, що сприяє підвищенню рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

## **Мета**

Метою даного дослідження було вивчення механізмів захисту, які використовуються пацієнтами з психічними розладами, пов'язаними зі стресом, для проведення психотерапії, спрямованої на досягнення усвідомлення конфлікту, що приводить до усунення причин і механізмів розвитку хвороби, зменшення або ліквідації хворобливої симптоматики.

## **Матеріали й методи**

До групи обстеження входило 30 пацієнтів з різними формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, які перебували на лікуванні в 5-му відділенні (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної клінічної психіатричної лікарні за період з 2010-го по 2011 рр. Дослідження проводили з використанням методик визначення акцентуацій характеру за Леонгардом–Шмішеком, особистісної та ситуативної тривожності за Спілберге-

ром, шкали депресії Балашової, типу психологічного захисту особистості за Плутчиком-Келлерманом-Конте.

### **Результати**

В обстежених хворих із невротичними розладами, пов'язаними зі стресом, було виявлено такі тривожні риси особистості, як стримування почуттів, афективні реакції, боязкість, необґрунтовані каєття, відчуття зобов'язання, сумніви, страх перед можливими помилками, метушливість, недовіра, очікування небезпеки, втрата перспективи, що зумовлюють виникнення конфліктів та активацію механізмів захисту особистості. Такі негативні почуття, як тривога, страх, гнів, сором та ін., сама хвороба, як емоційний стрес, викликали в осіб адаптивні процеси переоцінки значення ситуації, стосунків, уявлень про себе. У більшості пацієнтів при надходженні значною мірою використовувалися такі механізми захисту особистості, як раціоналізація, проєкція, компенсація та гіперкомпенсація, рідше — витіснення, заперечення та регресія на тлі депресії, підвищення рівня особистісної та ситуативної тривожності. Психологічний захист був спрямований на зниження тривоги, психічного дискомфорту, підвищення самооцінки шляхом викривлення процесу відбору та перетворення інформації. З одного боку, механізми психологічного захисту певною мірою сприяли стабілізації «Я» особистості хворого, але обмежували можливості розкриття і вирішення внутрішньоособистісного конфлікту. При цьому спостерігалася відмова особистості від діяльності, що призначена для продуктивного вирішення ситуації чи проблеми, яка викликала негативні, болісні для індивіда переживання. Після проведеного медикаментозного і психотерапевтичного лікування відбулося зниження рівня напруженості захисних механізмів, що корелювало з поліпшенням психічного і соматовегетативного стану хворих.

### **Висновки**

Проведені дослідження доводять результативність особистісного підходу до вирішення конфліктів пацієнтів з поліпшенням рівня адаптації до умов навколишнього середовища.

# **КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ**

***Н. С. Карвацька, А. В. Федотова, Л. В. Смилова, Т. Г. Карвацька***

*Кафедра нервових хвороб, психіатрії та медичної психології  
ім. С. М. Савенка, Буковинський державний медичний університет,  
Чернівецька обласна психіатрична лікарня*

Сьогодні залишається актуальним питання лікування пацієнтів із тяжкими формами невротичних розладів, пов'язаних зі стресом, а також хворих, для яких повсякденне соціальне оточення є постійним джерелом декомпенсації і настільки важкого емоційного стресу, що це робить майже неможливою психотерапію в амбулаторних умовах.

Тому метою даного дослідження було обґрунтування позитивного впливу проведення клієнт-центрованої психотерапії на пацієнтів із психічними розладами, пов'язаними зі стресом.

На базі 5-го відділення (неврозів та граничних станів) Чернівецької обласної психіатричної лікарні за період з 2010-го по 2011 рр. обстежено 25 пацієнтів з різними формами психічних розладів, пов'язаних зі стресом, з використанням методик дослідження акцентуації особистості, особистісної та реактивної тривожності, рівня депресії на початку курсу та після проведеного лікування.

Як засвідчили результати досліджень, при надходженні у більшості хворих визначалася акцентуація рис характеру за екзальтованим, дистимним, збудливим, емотивним, застрягаючим, циклотимним типом на тлі високого рівня особистісної та реактивної тривожності, помірної депресії. Незважаючи на пріоритетність психотерапевтичної корекції, превалювання у клінічній картині соматовегетативних компонентів не давало можливості обійтися без медикаментозної терапії.

Для дезактуалізації психотравмуючих переживань, мобілізації особистісних резервів пацієнтів використовували сукупність відносно простих психотерапевтичних методів. За змістовним призначенням ці методи були відволікаючі і седативні, психорегулюючі і дезактуалізуючі, компенсуючі і психозахисні, потенціюючі і пролонговані.

Диференційований підхід до кожного хворого дозволяв обирати конкретний вид психотерапевтичної допомоги. Надання можливості пацієнту висловити свої думки й почуття сприяло створенню позитивного контакту із хворим.

Після проведеного медикаментозного і психотерапевтичного лікування відбулося пом'якшення акцентуєваних рис характеру, зниження рівня депресії, тривожності та напруженості механізмів захисту. Досвід застосування клієнт-центрованої психотерапії при лікуванні хворих із психічними

розладами, пов'язаними зі стресом, свідчить про її високу ефективність завдяки зменшенню страху, тривоги, психоемоційної напруги, зникненню соматовегетативних симптомів.

Це дозволяє зробити висновок про те, що проведення клієнт-центрованої психотерапії значно інтенсифікує процес лікування і здійснює позитивний вплив за рахунок усунення причин і врахування механізмів розвитку хвороби. Це зумовлює зменшення або ліквідацію хворобливої симптоматики, сприяє ефективнішому процесу надання медико-психологічної допомоги населенню при психічних розладах, пов'язаних зі стресом.

Своєчасне виявлення й адекватна діагностика психічних розладів, пов'язаних зі стресом, має вирішальне значення для успішної терапії і сприятливого прогнозу захворювання.

# ЩОДО МЕДИКО-ПРАВОВИХ ЗАСАД ПРИЗНАЧЕННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ПРИ ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ

**А. В. Мельник**

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ*

Згідно з чинним законодавством України (ст. ст. 92–94 КК України, ст. 416 КПК України), примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) застосовуються до психічно хворих, які становлять суспільну небезпеку внаслідок психічного розладу і вчинення суспільно небезпечних дій (СНД). Призначення ПЗМХ можливе в разі встановлення судом сукупності умов: а) доведення вчинення особою СНД, яке має ознаки конкретного злочину; б) встановлено, що особа в момент його вчинення перебувала у стані неосудності чи обмеженої осудності або після вчинення злочину захворіла на психічну хворобу, що виключає можливість призначення або виконання покарання; в) особа перебуває у такому психічному стані, що становить небезпеку для себе або інших осіб. В осіб, яким проводиться судово-психіатрична експертиза, психогенні психічні розлади можуть виникати до вчинення злочину, після вчинення злочину і на період проведення експертизи. Відповідно до чинного кримінального законодавства (ч. 3 ст. 19, ст.ст. 92–94 КК України, ст. 416 КПК України), у випадках, коли дані особи визнані неосудними, осудними, але на момент судово-психіатричної експертизи за їх психічним станом їм необхідно призначення ПЗМХ, експерти рекомендують судам застосування до цих хворих ПЗМХ. Значно складніша справа в інших випадках, у разі призначення ПЗМХ хворим із психогенними психічними розладами. Це ті випадки, коли психогенні психічні розлади виникли після вчинення злочину та які значно утруднюють оцінку психічного стану підекспертного на період вчинення ним злочину і, відповідно, винесення експертного висновку (осудний/неосудний). Для кваліфікованого винесення експертного висновку ці хворі мають бути скеровані на тривале лікування, а після виходу з хворобливого стану — на судово-психіатричну експертизу для винесення експертного висновку. Тобто даним підекспертним мають бути рекомендовані експертами та призначені судами ПЗМХ. Разом з тим, незважаючи на те, що такі особи становлять 2/3 серед учинених тяжких злочинів та до яких застосовані ПЗМХ, законодавчо-карної регламентації щодо призначення їм ПЗМХ на сьогодні немає. Іншими словами, призначення ПЗМХ даній категорії хворих та поміщення їх до психіатричних лікарень, у яких проводяться ПЗМХ, є з медично-експертної точки зору виправданим і необхідним, а з правової, юридичної — незаконним. Тому ця прогалина у кримінальному законодавстві України потребує обов'язкового вирішення.

# ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ КЛІНІЦІ

**В. І. Мельник**

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології,  
м. Київ*

Проблема ранньої та точної діагностики психічних захворювань завжди була і залишається однією з актуальних проблем психіатрії. У судово-психіатричній практиці правильно діагностована нозологічна приналежність психічних розладів є підґрунтям для їх правильної судово-психіатричної оцінки, адекватного вибору типу примусових заходів медичного характеру та відповідної розробки індивідуалізованих медично-реабілітаційних програм. Практика судово-психіатричної експертизи свідчить про те, що найчастіше диференціально-діагностичні труднощі виникають при відокремленні шизофренії від посттравматичних психічних розладів. Найчастіше це спостерігається при шизофренії з епізодичним, ремітуючим типом перебігу [F 20.3]. Взаємодія ендogenousого та психогенного чинників може впливати на синдромальне оформлення, синдромокінез та видозмінювати клінічну картину шизофренії, що призводить до оформлення таких синдромальних станів, які втрачають свої нозологічні межі. Судово-психіатрична оцінка психічних розладів у цих хворих та винесення експертного висновку дуже складні та мають високу вірогідність помилково діагностувати в них посттравматичні (реактивні) психічні розлади. У таких випадках доцільним є винесення експертного висновку відтермінувати та рекомендувати їм призначення примусових заходів медичного характеру, а після припинення (скасування) останніх та повернення цих хворих у судово-психіатричний стаціонар — вирішувати експертні питання. Незважаючи на численні наукові праці, присвячені як шизофренії, так і посттравматичним (реактивним) психічним розладам, судово-психіатрична практика свідчить про необхідність подальших наукових розробок щодо їх диференціальної діагностики.

# **РОЛЬ КАТАМНЕЗУ В СУДОВІЙ ПСИХІАТРІЇ НА ЕТАПІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ**

***В. І. Мельник, А. В. Мельник***

*Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології  
МОЗ України, м. Київ*

Виходячи зі специфіки судової психіатрії (дослідження осіб, які вчинили кримінальні дії) катамнестичне дослідження цього контингенту осіб має суттєву діагностичну, медично-реабілітаційну та прогностичну цінність. Так, підґрунтям є катамнез для винесення експертного висновку щодо тих осіб, до яких було застосовано примусові заходи медичного характеру (ПЗМХ) без вирішення експертних питань через складність судово-психіатричної оцінки психічних розладів, тобто у випадках із “відтермінованими” експертними рішеннями. Як уже зазначалося нами раніше, такі випадки у судово-психіатричній практиці частіше трапляються при відмежуванні психогенних (реактивних) станів від шизофренії. Катамнезом є ПЗМХ щодо винесених експертних висновків судово-психіатричними експертними комісіями (СПЕК) стосовно осіб, які визнані неосудними. У таких випадках катамнез відіграє роль доказовості істинності винесених експертних висновків. За період проведення ПЗМХ при достатній переконливості накопичених даних щодо неправильності встановленого СПЕК діагнозу може виникнути необхідність повторного проведення СПЕ та, можливо, і перегляду справи в суді. При огляді комісією лікарів-психіатрів хворих, до яких застосовано ПЗМХ, для вирішення питання про наявність підстав про зміну або припинення застосування до них ПЗМХ катамнез (за період їх динамічного спостереження) є також тим підґрунтям, на якому базується висновок зазначеної комісії. У тих випадках, коли комісія доходить висновку залишити застосований вид ПЗМХ незмінним, катамнез містить у собі ту інформацію, яку слід використовувати на даному етапі спостереження для корекції індивідуалізованої медично-реабілітаційної програми.

Отже, на етапі застосування до хворих ПЗМХ катамнез є основним методологічним принципом при вирішенні як клінічних і медичних, так і юридичних питань.

## VIRTUAL WORLD OF ARDOUR, AS MECHANISM OF AVOIDANCE OF THE REAL DIFFICULTIES

**K. Aymedov**

*Research institute of social and judicial psychiatry and narcology of MOZ of Ukraine (Kiev)*

**Summary:** *the problem of pathological gambling, change of the gambling-association phenomena on a background modern informatization and on-line of availability, is examined in the article.*

**Keywords:** *psychological defence, pathological gambling, virtual reality.*

Pathological gambling in Ukraine has all signs of illness, not controlled, by the tendency of subsequent distribution [1, 2]. About what legal long-drawn affairs round playing business, which take character prohibition and try to settle domestic playing space by unsystematic, to a certain extent chaotic, situation decisions, testify an indirect rank, obviously, answer rather populist a necessity, than by the task of making healthy nation which demonstrates frank neglect the features of pathogeny of unchemical (bibehavior) addictive and connivance to their to addictive potential. Prohibition of playing establishments resulted in an almost complete deprival game in problem gambling and indeed, in the first half-year there was the considerable diminishing of appeals of ludomaniv to medical establishments. However, after a playing «calm» there was considerable growth of appeals of netagoliks and the miscalculations of similar social intervention which did not take into account kliniks-patopsychological features of ludomanii became clear, in particular, inherent it addictive dominant, as the cored abnormal psychology syndrome. The last refuted socio-political regulator measures and, in default of necessary prophylaxis, that, only confirms position of the known scientific conceptions of addictions: to addictive radikale of personality, activating nature of disorders of addictive spectrum, reinforcement, and others like that.

In the modern terms of global informatization, «internetization» and virtualizations, when the clinical picture of gambling was enriched new, to a certain extent not incident to it to presently by the phenomena, ignoring the features of pathogeny of unchemical addictive is doomed by addictive person, at the terms of absence of the proper therapy and prophylactic measures, on destruction, and disease - on a negative dynamics. For today the syndroms complex of pathological gambling spread due to the gambling phenomena, which gave new addictive realization which are related to modern information technologies.

Gambler has an infatuation for ideas or mental offenses of act of reckless game or his circumstances, that, to our opinion, conceptually approaches the phenomenon of dominant idea. Pathological gambling hardness controlled, accompanied the fixed ideas and offenses of act of reckless game and various circumstances which are tangents to it, to him inherently intensive desire to playing for monies. Therefore we consent from L. Blagovim, that at that rate, conceptually speech goes about the phenomena in a continuum a «dominant idea is a nadcinna idea – raving idea». The some similar is marked by the researchers of netagolizm, specifying on the presence of the phenomenon of «telepresence» – ability to drop off, to submerge in a «cyberspace» and perceive him as reality [3], that on maintenance, like the state of the changed con-

consciousness, by a derealization and has lines all the same: insuperably there is a train to the game, hardness to control him, and participating in a game it is impossible to halt efforts of will; the episodes of reckless game cause distress and complicate macro- and mikrosocial position of person; a man has insuperable ideas and traced presentations to acts of reckless game.

From point of perceptivnoy activity of addictive, does the similar process of modification of consciousness an individual take place, in direction of its virtualization, when is objective reality gradually distorted ideal, through the artificiality, and by an imaginary environment which is friendly and favourable, but such which violates psychosomatic homeostasis and balance «internal necessities of personality - external requirements of the real world».

Virtual reality must ability «take» in consciousness of addicts through transformation of individual timeplace («khronotop», after terminology of M.M. Bakhtina), in quality superattractive, though artificial created, «places of existence», where stress of the real life is almost removed (it is minimized) and imaginary there are extraordinary possibilities [4]. Last, gamblers is subjectively perceived as guided, very useful properties of creative sort, due to which it is possible to get new ontological experience. But, similar give addictive superattractive, very «consumer» value, through the illusion of control, is superavailability from all subjectively possible. Clearly, that speech goes about pathology of perception, distorted imagination and other kognitivni ruins of psychical of addictive, which reproduce the known disorders of paranoya spectrum, that inherent for all to the addictive axis.

In a time 2005-2011 by us and our colleagues will be realize the program of prophylaxis of unchemical addictive with application of technology of e-health (electronic guard of health), one of procedures of the katamnesis stage of which there is an inspection after kliniko-patopsikhological by a method which contains the interactive questioning for the purpose the presence of symptoms of gamblingu and netagolizm. During which it is consulted in the interactive mode of 112 patients, in age from 18 to 46 years with the displays of pathological gambling (F63.0), duration of game here made from two to five years. Analysis of protocols of questioning, was following, for period of prohibition of playing business (from May, 2009) the abnormal clinical-psychology «picture» of illness changed in approximately third of polled gamblers. Playing a casino and automats was legalistically «displaced» in conceptually similar and operational no general playing space of game of on-line, collective role on-line-game which foresees mass on-line sessions in artificially created to fairy-tale animation cyberspace with the functions of social association, and shows by itself most adiktogeniy variant of game of on-line, not changing basic descriptions of addictive disorder here: addictive cycle indexes, rate and amount of episodes of game, and others like that. It is discovered that the similar variant of Internetactivity (mass on-line sessions) prevails in number, combining a few types at once: intercourse, game, entertainments and cognitions, and, from it has most adiktogeniy potential, the mean of realization of dependent conduct changed only, that its form is a ruletochniy table on a computer is fenomenologichna essence of conduct of patient, which consists in the forced change, modification (in this case are virtualizations) of objective reality, after for a psychological comfort and/or receipt of gedonistichnogo satisfaction - remained unchanging, a mediator changed only in realization of conduct. Essence of addictive, it is escape from reality.

Summarizing the above-mentioned, it can draw conclusion followings: the fenomenologichni displays of netagolizm and gambling have the not differentiated (affine) area of crossing, that allows to assume similarity of gamblingasociation disorders of personality and disorders of conduct; reasons of patomorfoze and areas of crossing

of modern psychical disorders of addictive spectrum are made not enough clear in spite of the fact that, they are clinical reality. Consequently, social, political and economic adaptation at the level of makrosocium foresees medical and prophylactic charts which must take into account: slow progredientist of clinical variants of not chemical addictive; a drift of symptoms is between the affine nosology forms of addictive; personality of patient and its defect, as proof, withstand symptomokomplex and central object of treatment, which has implicit meaningfulness during a complex integrative rehabilitation, which allows to save or improve quality life sick.

## Literature

1. Epidemic of pathological gambling — that it? [Internet resource] // Access mode: [http://narcolog.com.ua/game/epidemija\\_ludo\\_20.html](http://narcolog.com.ua/game/epidemija_ludo_20.html).
2. About prohibition of playing business in Ukraine [Law from 15.05.2009 № 1334 - VI] / An official announcer of Ukraine is from 06.07.2009. - №48. it is a century 1609 / [Electronic resource] // Access mode: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/ed\\_2009\\_05\\_15/T091-334.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/ed_2009_05_15/T091-334.html).
3. Egorov A.Y. Unchemical dependences [Monograph] / A. Y. Egorov. – S-Pb.: Rech, 2007. – 190 p.
4. Voiskunskyy A.E. Psychological researches of the phenomenon of Internet-addiction / A. E. Voiskunskyy // the 2th Russian conference on ecological psychology. [Theses]. — (Moscow, on April, 12-14, 2000). - M.: Ekopsycentr ROSS. - P. 251-253.

### **ВИРТУАЛЬНЫЙ МИР АЗАРТА, КАК МЕХАНИЗМ ИЗБЕГАНИЯ РЕАЛЬНЫХ ТРУДНОСТЕЙ**

**К. В. Аймедов**

*НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины  
(г. Киев)*

**Резюме:** в статье рассматривается проблема игромании, изменение гемблинг-ассоциированных феноменов на фоне современной информатизации и он-лайн доступности.

**Ключевые слова:** психологическая защита, патологическая склонность к азартной игре, виртуальная реальность.

### **ВИРТУАЛЬНИЙ СВІТ АЗАРТУ, ЯК МЕХАНІЗМ УНИКНЕННЯ ТРУДНОЩІВ РЕАЛЬНОГО БУТТЯ**

**К. В. Аймедов**

*НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України  
(м. Київ)*

**Резюме:** у статті розглядається проблема игроманії, зміна гемблінг-асоційованих феноменів на тлі сучасної інформатизації та он-лайн доступності.

**Ключові слова:** психологічний захист, патологічна схильність до азартної гри, віртуальна реальність.

# **СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС ПРОБЛЕМЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И СПЕЦИФИКА ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КУРАЦИИ**

**А. В. Бессмертный, В. А. Курило, С. Б. Соломко, Е. С. Чумаченко**

*Харьковская городская клиническая поликлиника № 8;  
Запорожский государственный медицинский университет,  
кафедра психиатрии, психотерапии,  
общей и медицинской психологии, наркологии и сексологии*

На современном этапе развития и преобразования научных междисциплинарных познаний в Украине одной из наиболее актуальных гендерных проблем остаётся сексуальная жизнь молодёжи, специфика половой сферы человека. Отдельного внимания требуют частные сексологические особенности в формировании сексуальной культуры личности, а также медико-психологические характеристики пациентов с имеющимися сексуальными нарушениями психогенного происхождения. Некоторые из таковых нарушений трансформируются, усугубляются и нозологически трактуются как соматоформные расстройства [2].

Поэтому особо важного дополнения и новых разработок в практическом клиническом значении требуют психологические коррекционные (психотерапевтические) мероприятия, «терапевтическими мишенями» которых являются диагностированные специфические нарушения сексуальной культуры молодёжи, а также соматоформные расстройства с преимущественными проявлениями неприятных ощущений в урогенитальной области.

Патологическая реализация или проекция определённых психопатологических феноменов, процессов и реакций, на соматическом уровне описаны достаточно давно, но к последним десятилетиям кодифицировались на периферии разнообразных диагностических рубрик, что значительно затрудняло их дифференциальную диагностику и уменьшало эффективность лечения [3].

То есть запросы клинических психологических исследований (исследований психики так каковой и мозговых её проявлений) оставляют открытыми большинство вопросов формирования сексуальной культуры и полового воспитания молодёжи, последствия которых очень часто проявляются в клинике соматоформной вегетативной дисфункции урогенитальной системы и других органов, систем [1, 3].

Медико-психологические особенности сексуальной жизни человека требуют особенного внимания и научных практических рекомендаций, так как влияние средств массовой информации, порноиндустрии, литературных источников, родительского воспитания приводят порой к неадекватному отношению молодого поколения к сексу.

Замечено, что особо активно внешнее пространство оказывает влияние на поведенческие реакции в периоды возрастных кризисов, т. е. примерно с 3–7 лет и 13–17 лет. Данные периоды онтогенеза влекут за собой ряд порой малообратимых изменений психогенного характера [2].

Вышеуказанные данности говорят о том, что комплексная междисциплинарная компетенция просто нуждается в дополнениях совместных обследований специалистами врачебной психиатрической, психотерапевтической, медико-психологической практики.

Качество предоставления квалифицированной помощи в амбулаторно-поликлинической сети требует усовершенствования как на этапе диагностики (особенно дифференциальной диагностики), так и терапии соматоформных расстройств у молодых лиц, испытывающих психогенные нарушения, которые отчасти обусловлены формированием паттернов сексуального поведения.

Обратимся к нашему проведенному с этой целью исследованию.

В период 2007–2010 годов в Харькове на базе Харьковской государственной академии дизайна и искусств, Харьковского национального медицинского университета, Межрегиональной академии управления персоналом, а также Харьковской городской клинической поликлиники № 8 было проведено междисциплинарное исследование некоторых особенностей поведения с точки зрения наличия предрассудков, связанных с сексуальным поведением, восприятия мероприятий, связанных с половым просвещением, формированием сексуальной культуры молодёжи.

В исследовании добровольным образом приняли участие 100 студентов возрастной группы 19–25 лет (45 юношей и 55 девушек), обучающиеся по профильным программам специальностей «Художник-реставратор», «Семейная медицина» и «Менеджмент организаций».

Методологической основой данного мероприятия стала концепция системно-структурного анализа (В. В. Кришталь, 2006) и концепция отношения к сексу (Г. Ю. Айзенк, 2003) в виде специального опросника «Отношение к сексу», с помощью которых можно выделить динамику психических особенностей личности в виде нарушений социально-психологического, психологического, медицинского компонента сексуального здоровья и некоторые особенности сексуальной жизни молодёжи.

Вышеупомянутый контингент был дополнительно обследован в амбулаторно-поликлинических условиях на предмет специализированной диагностики соматоформных расстройств преимущественно урогенитальной системы.

Для дифференциальной диагностики проявлений соматоформных расстройств и отграничения их от психотической патологии в условиях поликлиники использовались критерии диагностики психических и пове-

денческих расстройств Международной классификации болезней 10-го пересмотра.

Дополнительное психодиагностическое обследование проводилось нами для выявления отдельных личностных качеств у лиц с обнаруженными симптомами соматоформных расстройств с целью формирования «медико-психологического портрета» и включало: заполнение «Личностного опросника Г. Ю. Айзенка», шкалы тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина, опросник К. Леонгарда – Г. Шмишека, методики диагностики межличностных отношений Т. Лири, личностного опросника Бехтеревского института.

С целью формулирования принципов психотерапии пациентов с впервые выявленными соматоформными расстройствами (с доминирующими проявлениями урогенитальных симптомов) проводилось клинико-психопатологическое обследование [1, 4].

В ходе исследования были получены следующие результаты.

У 14,00% всех студентов ярко выражена сексуальная возбудимость, у 13,52% — сексуальное отвращение, неадекватное отношение к своей сексуальной жизни, 12,80% — склонны к невротическому сексу, стрессовым переживаниям, связанным с восприятием близкого человека.

Менее выраженными остаются пристрастия к порнографическим изданиям — около 5,01%, физическому и агрессивному сексу — 3,50%. Абсолютное большинство выборки (78,91%) обнаружило грубое нарушение социально-психологического и психологического компонента сексуального здоровья.

Соматоформная вегетативная дисфункция преимущественно урогенитальной системы была диагностирована у 21 учащегося высшего учебного заведения (у 13 юношей и у 8 девушек), которые приняли участие в обследовании.

Медико-психологические характеристики пациентов с выявленными соматоформными расстройствами представлены следующим образом.

По «Личностному опроснику Г. Ю. Айзенка» в начале исследования наряду с распределением уровней и расчётов средних групповых показателей нейротизма среди больных выявлено больше интровертированных ( $63,78 \pm 2,36\%$ ), чем экстравертированных ( $33,72 \pm 2,35\%$ ) и амбивертированных ( $2,49 \pm 0,74\%$ ).

По шкале тревоги и тревожности Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина в начале исследования были обнаружены изменения уровней как ситуативной, так и общей тревожности, также интактный уровень общей тревожности, повышение уровня ситуативной тревожности.

Использование опросника К. Леонгарда – Г. Шмишека среди больных соматоформными расстройствами позволило получить приводимые данные о распределении типов акцентуации: 14,90% — демонстративный тип; 9,40% — педантичный тип; 14,40% — «застревающий»; 8,90% — возбудимый тип; 0,60% — гипертимический; 8,90% — дистимический; 24,40% — тревожно-фобический; 3,30% — циклотимический; 7,80% — аффективно-экзальтированный; 8,30% — эмотивный тип.

Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири показала, что в исследованных контингентов средние баллы по типу отношения к окружающим были такими: авторитарный — 17,20%; эгоистический тип — 18,30%; агрессивный тип — 13,30%; подозрительный — 7,80%; подчиняемый тип — 18,30%; зависимый тип — 16,70%; дружелюбный тип — 4,40%; альтруистический — 3,90%.

По полученным результатам личностного опросника Бехтеревского института, у пациентов выявлены следующие типы отношения к болезни: 1,10% – гармонический; 18,90% – тревожный; 20,00% – ипохондрический; 15,00% – меланхолический; 1,10% – апатический; у 9,40% – неврастенический; 9,40% – обсессивно-фобический; 3,00% – сенситивный; 0,60% – эйфорический; 0,60% – анозогнозический; 2,80% – эргопатический; 7,80% – паранойяльный тип.

Среди молодёжи с впервые выявленными соматоформными расстройствами с преимущественным доминированием урогенитальной симптоматики и проявлениями нарушений сексуального здоровья использовалась клиническая психотерапия интегративного характера с элементами симультанно-мнестической (психометодология), а также аналитически-ориентированной.

На основании вышеизложенного были получены следующие показатели встречаемости клинических психотерапевтических эффект-синдромов среди контингента пациентов: аверсивный — 0,80%; гипноидный — 18,60%; гипомнестический — 4,50%; эйдетический — 0,60%; эксплозивный — 1,30%; истериоформный с частотой — 6,20%; каталептический — 8,30%; полиморфно-конформный — 8,40%; просоночный — 14,80%; психовегетативный — 8,50%.

Данное исследование привело нас к следующим выводам по работе.

Разработаны принципы дифференциальной диагностики, которые включают в себя использование специфических для выявления психофеноменологических, клинико-психологических, патоперсонологических и синдромально-нозологических маркеров, свойственных для соматоформных расстройств с преимущественными проявлениями урогенитального характера.

Разработаны принципы амбулаторной психотерапии соматоформных расстройств с преимущественными проявлениями урогенитального характера: системности, условной этапности, разнообразия психотерапевтических действий, доминирования краткосрочных форм, использования тренинговых и преобладания аутопсихотерапевтических элементов, выполнения поддерживающей психотерапии, курсовости.

Предложены модифицированные критерии выбора амбулаторной психотерапии: конгруэнтность патогенетических особенностей заболевания метода психотерапии, соответствие симптомов соматоформных расстройств особенностям клинических психотерапевтических эффект-синдромов.

Выделены предикторы эффективности амбулаторной психотерапии: рамочные условия (формы, длительность, наличие котерапевта или меди-

цинского психолога), базисный психотерапевтический метод (рациональной, нейродинамической, поведенческой парадигм), интегрированные психотерапевтические элементы (мнестологической, психодинамической парадигм), аутогенный модус психотерапии.

Данные результаты показали необходимость расширения программ сексуального воспитания в условиях высшего учебного заведения среди молодого поколения, а также разработки индивидуальных психодиагностических вмешательств, интегративных психотерапевтических интервенций, направленных на раннее выявление и своевременную терапию соматоформных расстройств (с доминирующими проявлениями урогенитальных симптомов) в сочетании с нарушениями сексуального поведения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Гринвальд С. Г. Клинические психотерапевтические эффект-синдромы : клинко-теоретическое моделирование / С. Г. Гринвальд. — Х. : Око, 2009. — 171 с.
2. Діденко С. Психологія сексуальності та сексуальних стосунків. Навчальний посібник / С. Діденко. — К. : Інститут післядипломної освіти Київського національного університету ім. Т. Г. Шевченка, 2003. — 321 с.
3. Соломко С. Б. Использование комплекса психодиагностических и психокоррекционных подходов к соматоформным расстройствам в условиях амбулаторно-поликлинического приёма / С. Б. Соломко // Медицинская психология. — Т. 3, № 2 (10), 2008. — С. 68–70.
4. Чугунов В. В. Діагностика в психотерапії та психотерапевтичний діагноз / В. В. Чугунов. — Х. : Видавнича група «Наука», 2010. — 304 с.

### СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС ПРОБЛЕМЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И СПЕЦИФИКА ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КУРАЦИИ

***А. В. Бессмертный, В. А. Курило,  
С. Б. Соломко, Е. С. Чумаченко***

Освещены результаты амбулаторного медико-психологического и клинко-психофеноменологического обследования студентов с впервые выявленными соматоформными расстройствами. Приведены разработки принципов дифференциальной диагностики и психотерапии с учётом отношения к сексу, системно-структурного анализа сексуального здоровья и особенностей онтогенеза учащихся вузов.

***Ключевые слова:*** амбулаторная психотерапия, студенты, соматоформные расстройства, клинические психотерапевтические эффект-синдромы.

**СЕКСОЛОГІЧНИЙ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИЙ РАКУРС  
ПРОБЛЕМИ СОМАТОФОРМНИХ РОЗЛАДІВ СЕРЕД УЧНІВ  
ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ  
І СПЕЦИФІКА ЇХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КУРАЦІЇ**

***О. В. Безсмертний, В. А. Курило,  
С. Б. Соломко, О. С. Чумаченко***

Висвітлено результати комплексного амбулаторного медико-психологічного та клініко-психофеноменологічного обстеження контингенту студентів з уперше виявленими соматоформними розладами. Наведено розробки принципів диференціальної діагностики та психотерапії з урахуванням ставлення до сексу, системно-структурного аналізу сексуального здоров'я та особливостей онтогенезу студентів у ВНЗ.

***Ключові слова:*** амбулаторна психотерапія, студенти, соматоформні розлади, клінічні психотерапевтичні ефект-синдроми.

**SEXOLOGICAL AND MEDICO-PSYCHOLOGICAL PERSPECTIVE  
PROBLEMS SOMATOFORM DISORDERS IN STUDENTS  
HIGHER EDUCATION INSTITUTIONS AND THEIR SPECIFIC  
PSYCHOTHERAPEUTIC SUPERVISION**

***Bessmertniy A. V., Kurilo V. A.,  
Solomko S. B., Chumachenko E. S.***

Highlights results of a comprehensive outpatient mental health and clinical psychophenomenological survey of student newly diagnosed with somatoform disorders. Shows the development of the principles of differential diagnosis and therapy, taking into account the concept of attitudes towards sex, systemic-structural analysis of sexual health services and features of ontogeny of enrollment in higher education.

***Keywords:*** out-patient psychotherapy, students, somatoform disorders, clinical therapeutic effect syndrome

## **ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ, В ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ**

**С. Г. Полшкова**

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

Аналіз тенденцій розвитку аварій та катастроф, прогноз можливих небезпек свідчить, що на території України на початку XXI століття зберігається високий ступінь ризику виникнення великомасштабних надзвичайних ситуацій внаслідок збільшення антропогенного впливу на навколишнє середовище, прогресуючого зносу основних фондів, зниження загального рівня техніки безпеки і виробничої дисципліни.

Професійна діяльність таких спеціалістів характеризується впливом значної кількості стресогенних факторів та пред'являє підвищені вимоги до професіоналізму та психологічних якостей особистості, що забезпечуватимуть ефективність їх діяльності в екстремальних умовах. Це зумовлює актуальність та практичну необхідність розробки засобів психологічного відбору спеціалістів екстремального профілю, а також заходів щодо збереження їх психічного здоров'я.

Саме тому в нашій роботі ми використали карту обстеження, яка складалася з 5 розділів. Вона дозволила докладніше вивчити особистість працівників небезпечних видів професій, особливості психічної патології та фактори ризику її виникнення. Дані за цією картою оброблено за допомогою статистичних програм.

Отримані дані дозволили виявити в обстежених психічні розлади, пов'язані зі стресом (гострі реакції на стрес, посттравматичні стресові розлади, розлади адаптації). Однак у нашій роботі ми застосовували психосоматичний підхід, як вивчення механізмів та відносин між станами ЦНС, функціональною активністю органів і систем, а також психологічними особливостями особистості. Такий підхід принципово відрізняється від традиційної біомедичної моделі хвороби як суто фізичної аномалії, спричиненої впливом фізико-хімічних чинників. Гуманізація медицини, запровадження в широку клінічну практику ідей і методів медичної психології та психотерапії, реалізація загальномедичної концепції реабілітації орієнтує лікарів різного профілю на особистісний підхід до пацієнта.

## **ДИСТРЕСС И НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОКИНЕЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ**

**А. А. Педак**

*Николаевская областная психиатрическая больница №2*

Рассматривая проблему психических расстройств с позиций медико-биологической парадигмы канадского патофизиолога Н. Selye (1936) о неспецифическом адаптационном синдроме (НАС), следует отметить, что она наиболее согласуема с сложившимися представлениями о этиологии и патогенезе большинства психических расстройств. Н. Selye определил стресс как совокупность защитных приспособительных реакций, возникающих в организме в ответ на патогенные факторы, при этом большинство проявлений болезней он относил к защитным реакциями, а специфические симптомы, непосредственно отражающие причину заболевания, — к «незначительной их составляющей». По его мнению, основная роль стресса заключается в усилении адаптационных возможностей организма, направленных на сохранение гомеостатических параметров. При длительном или выраженном действии раздражителя реакция на стресс может носить патогенный характер. В настоящее время большое значение в патогенезе шизофрении придается фактору поломки в процессах приема и обработки информации, а сама феноменология расстройства рассматривается как проявление реакций адаптации на информационный стресс.

Таким образом, обобщая приведенные данные, учитывая отсутствие четко выделенного этиологического фактора, к наиболее общепринятой современной теории развития шизофрении можно отнести, т. н. модель «уязвимость–стресс–развитие». Данный подход предполагает, что на фоне стресс-реакции, уязвимость (диатез) приводит к развитию клинических проявлений, которые фактически являются проявлением защитных биологических механизмов организма человека на патогенное влияние как генетических (предрасположенность), физиологических, физических (травма, голод, холод), так и социологических факторов (социально-психологический стресс).

В этом направлении наиболее обоснованной и системной выглядит модель, разработанная на основе представлений об изменчивости уязвимости во времени. Так, I. R. Nicholson и R. Neufeld (1992) предложили «диатез-динамическую модель» шизофрении (The Dynamic Vulnerability Formulation — DVF), которая представляет собой систему взаимодействия многих факторов. Схема DVF включает в себя следующие блоки: генетический вклад, уязвимость, шизофреническая симптоматика, стрессоры, оценка (когнитивно-перцептивные механизмы), копинг.

Согласно DVF, «генетический вклад», являясь первичной составляющей, оказывает влияние на уязвимость, когнитивно-оценочные механиз-

мы и копинг. При этом «стрессоры», «оценка» и «копинг» связаны между собой. Одни стрессовые события могут повлечь за собой другие, в целом усиливая патогенное влияние внешней среды. Стрессор (его сила и длительность) отражается на оценке индивидуумом данной ситуации. В свою очередь, когнитивный дефицит приводит к снижению копинговых возможностей, что затрудняет выбор пациентом «копинговых альтернатив» в стрессовых ситуациях. Как отмечала Е. Б. Сливко-Кольчик (1996), копинг влияет на характер оценки событий, степень патогенности внешних событий и уровень уязвимости. Связь между копингом и оценкой объясняется двумя обстоятельствами: памятью на последний эпизод копинга или «персональной копинговой эффективностью» и наличием когнитивного контроля. Неэффективные копинг-механизмы приводят к увеличению числа стрессовых событий. В целом, если копинговые механизмы оказываются недостаточными, то уязвимость индивидуума повышается, что в конечном счете и приводит к развитию заболевания.

В модели DVF предусматривается постоянное взаимодействие между ее динамически изменяющимися компонентами, т. е. используется системный подход. Это дает дополнительные возможности в области социальных психиатрических исследований. Следует отметить, что психофизиологическая основа данной модели базируется на представлениях о роли и характере механизмов функциональной асимметрии головного мозга в процессе переработки информации, памяти и приспособительно-адаптационных реакций как в норме, так и патологии.

Известно, что эффективность адаптивной реакции на стрессоры и вероятность стрессорных повреждений, помимо интенсивности и длительности действия стрессора, в значительной мере определяются генетической составляющей стресс-системы, её исходной активностью и реактивностью. Нейробиологические механизмы стресс-систем имеют свое нейрофизиологическое отображение, в основе которого лежит дифференцированный межполушарный механизм структурно-функциональной организации головного мозга. Об этом свидетельствуют современные представления о наличии биохимической асимметрии головного мозга, которая заключается в неодинаковом распределении нейромедиаторных и нейромодуляторных систем в правом и левом полушарии головного мозга (Вартанян Г. А., Клементьев Б. И., 1982; Carlson, Clik, 1989, и др.).

Данные многочисленных исследований указывают также на связь активности левого полушария с модуляцией деятельности катехоламинергической системы и более тесную связь с восходящей активирующей системой ствола головного мозга, а правого полушария — с модуляцией серотонинергической системы и более тесную связь с его диэнцефальными отделами (Брагина Н. Н., Доброхотова Т. А., 1976, и др.).

Теоретической основой проблемы функциональной межполушарной асимметрии и межполушарных концепций латеральной организации психопатологических реакций и ее латеральной терапии являются учения А. А. Ухтомского «О доминанте» (1950), В. Л. Бианки (1989) «О доминанте межполушарных отношений», а также представления Н. П. Бехтеревой

(1980, 1982, 1987) «О устойчивом патологическом состоянии», «О патологических детерминированных структурах» — Г. Н. Крыжановского (1980, 1990, 2002).

С целью установления возможных связей между особенностями структурных компонентов функциональных межполушарных сенсомоторных асимметрий (ФСМА) и динамики клинико-психопатогических проявлений проведено обследование 410 больных шизофренией, находящихся на стационарном лечении. При изучении латерального профиля пациентов — под «конкордатностью» характеристик ФСМА принимались показатели сенсорных и моторных проб, полностью совпадающих по стороне предпочтения, под «кроссдоминированием» — инверсию показателей сенсорных и моторных составляющих, не превышающих значение обобщенного коэффициента, характерного для основной группы. Под «парциальным кроссдоминированием» принималась инверсия парциальных характеристик в пределах моторной и сенсорной составляющей.

Результаты проведенного исследования, выполненного в соответствии с предложенной Украинским НИИ социальной, судебной психиатрии и наркологии (1997) осевой формализованной методикой диагностики шизофрении, позволили определить следующие стереотипы течения шизофренического процесса. 1. *Непрерывное*: а) с малой прогредиентностью (в рамках шизотипического типа); б) прогредиентное (в рамках параноидного типа) и в) грубопрогредиентное (в рамках параноидного, кататонического и гебефренического типов). 2. *Волнообразное* с малой прогредиентностью, прогредиентное и грубопрогредиентное. 3. *Эпизодическое* не прогредиентное (в рамках шизоаффективного типа). Из общего числа обследованных больных непрерывнотекущая шизофрения регистрировалась в 51,5%, волнообразная — в 34,8%, эпизодическая — в 13,7% случаев.

В процессе обработки полученных данных психопатологические симптомокомплексы были сгруппированы в следующие четыре условных совокупности, отражающие логику патокинеза шизофренического процесса:

- 1 — инертные регистры малопродуктивной структуры (неврозоподобные, аффективные, психопатоподобные, simplex-синдром);
- 2 — простые позитивные регистры мономорфной структуры (паранойальные, параноидные, галлюцинаторные);
- 3 — сложные позитивные регистры полиморфной структуры (асиндромальные, депрессивно-параноидные, экспансивно-параноидные, галлюцинаторно-параноидные (в т. ч. с кататоническими включениями), кататонно-параноидные, синдром Кандинского-Клерамбо);
- 4 — сложные регистры генерализованной структуры (кататонические, гебефренические, кататонно-гебефренические, парафренические).

У больных с «*непрерывным*» течением шизофрении преобладал «левополушарный конкордатный» профиль ФСМА, с общим коэффициентом асимметрии (ОКас) = +43,4%. Клинические проявления в этой группе пациентов характеризовались изменением темпа манифестации и прогредиентности процесса, с последующим непрерывным прогредиентным тече-

нием психопатологических проявлений непсихотического/психотического ряда, отсутствием типичных аффективных симптомов, достаточно четким соотношением позитивных и негативных компонентов. Средний возраст на момент манифестации процесса составлял  $27,5 \pm 4,8$  года.

**«Непрерывное малопрогрессирующее»** течение шизофрении преобладало в группе больных с наиболее дифференцированным показателем ФСМА, коэффициент асимметрии ( $K_{ас}$ ) = +58,6%. Инициальный период характеризовался ведущим психопатоподобным регистром с хроническим монотонным течением, манифестация процесса сопровождалась постепенным началом, в клинической картине преобладали инертные регистры малопродуктивной структуры с непрерывным течением симптоматики непсихотического уровня: simplex-регистра (76%) и психопатоподобного регистра (21%). В структуре дефицитарных расстройств преобладали уровни регистров личностного типа (92%).

**«Непрерывное прогрессирующее»** течение шизофрении ( $K_{ас}$  = +50,0%) характеризовалось постепенным началом инициального периода с наличием в клинической картине простых позитивных регистров мономорфной (78%) и малопродуктивной (20%) структуры, с последующим непрерывным психотическим течением процесса. Проявления дефицитарных расстройств характеризовались преобладающим уровнем личностного типа (69%) и псевдоорганического (22%).

**«Непрерывное грубопрогрессирующее»** течение шизофрении было преобладающим у пациентов с менее дифференцированным профилем асимметрии ( $K_{ас}$  = +37,4%). Инициальный период у пациентов этой группы характеризовался коротким подострым (47,2%) или острым (44,0%) началом, в клинической картине преобладали сложные позитивные регистры полиморфной структуры (73,3%), в 15,5% случаев регистрировались сложные регистры генерализованной структуры и только в 11,1% случаев — простые позитивные регистры малопродуктивной структуры с непрерывным психотическим течением. Структуру дефицитарных расстройств формировали уровни регистров тонического (50%), личностного (27,5%) и псевдоорганического (17,5%) типов.

**«Волнообразное»** течение шизофрении, как правило, регистрировалось у пациентов со смешанным лево-праволатеральным профилем ФСМА ( $OK_{ас}$  = +16,0%). Средний возраст на момент манифестации процесса составил  $25,2 \pm 5,5$  года. К данному фенотипу были отнесены больные с обратным доминированием показателей сенсорных или моторных проб. В связи с наличием указанных инверсий больные были сгруппированы в три латерально модифицированные группы: «кроссдоминантную сенсорную», «кроссдоминантную моторную» и «недифференцированную».

**«Волнообразное грубопрогрессирующее»** течение шизофрении регистрировалось у мужчин с «кроссдоминантным сенсорным» профилем асимметрии и у женщин с «кроссдоминантным моторным» профилем ( $OK_{ас}$  = +23,0%). В данной категории пациентов манифестация процесса характеризовалась подострым развитием, с одним-двумя эпизодами,

в клинической картине которых преобладали простые позитивные регистры мономорфной структуры — у мужчин, сложные позитивные регистры полиморфной структуры — у женщин с последующим непрерывным психотическим течением патологического процесса. В большинстве случаев развитию шизофренических симптомов предшествовало появление аффективных расстройств. Среди дефицитарных симптомокомплексов преобладали уровни регистров личностного типа у мужчин, тонического и псевдоорганического типов — у женщин.

**«Волнообразное прогредиентное»** течение шизофрении в преобладающем количестве случаев было зарегистрировано у мужчин с «кроссдоминантным моторным» профилем и у женщин с «кроссдоминантным сенсорным» профилем асимметрии ( $OKac = +16,5\%$ ). Манифестация процесса характеризовалась коротким острым началом при преобладании в клинической картине простых позитивных регистров мономорфной структуры у мужчин, а у женщин как сложных позитивных регистров полиморфной структуры, так и регистров генерализованной структуры. Последующее течение патологического процесса сопровождалось волнообразным психотическим течением с неполными ремиссиями между большинством эпизодов. В клинической картине шизофренические и аффективные симптомы развивались одновременно и были представлены равномерно. Среди дефицитарных симптомокомплексов преобладали уровни регистров личностного типа у мужчин, псевдоорганического и тонического типов у женщин.

**«Малопрогредиентное волнообразное»** течение шизофрении регистрировалось у пациентов с парциальным кроссдоминированием в пределах как сенсорной, так и моторной составляющей (амбидекстрия) и было отнесено к «недифференцированному» фенотипу ( $OKac = +8,6\%$ ). Средний возраст к началу манифестации составил  $19,1 \pm 4,7$  года. Показатели ФСМА характеризовались парциальным кроссдоминированием в пределах как сенсорной, так и моторной составляющих ( $Kac = +10\%$ ). Развитие процесса определялось коротким инициальным периодом в виде психопатоподобного и аффективного регистра. В клинической картине подостро начинающегося манифестного периода преобладали инертные регистры малопродуктивной структуры, характеризующиеся волнообразным течением симптоматики, преимущественно непсихотического уровня — эксплозивным профилем психопатоподобного регистра и simplex-синдрома. В большинстве случаев, после первого приступа, серии из двух-трех, наступала стабилизация процесса с формированием резидуального этапа, с преобладанием личностных и поведенческих нарушений, остаточной астено-невротической симптоматикой.

**«Эпизодическое течение»** шизофрении было преобладающим у пациентов с правополушарным конкордатным профилем ФСМА ( $OKac = -28,6\%$ ), средним возрастом на начало манифестации  $27,5 \pm 4,4$  года. У пациентов данного фенотипа инициальный период характеризовался коротким, острым началом при преобладании расстройств аффективного

регистра. В клинико-психопатологической структуре развернутого манифестного периода преобладали как сложные позитивные регистры полиморфной структуры (50%), так и сложные регистры генерализованной структуры (30%), простые позитивные регистры мономорфной структуры (20%) с эпизодическим течением и стабильными ремиссиями между большинством эпизодов. В структуре дефицитарной симптоматики преобладали уровни регистров тонического (61,5%) и личностного (38,5%) типов.

Из приведенного сопоставления выделенных профилей ФСМА и типов течения шизофрении вытекает последовательная градация выраженности как темпа развертывания манифестного периода, так и прогрессивности процесса. От «левополушарного конкордатного» профиля ФСМА, коррелирующего с постепенным темпом манифестации, непрерывным течением непсихотического\ психотического прогрессивного характера и отсутствием аффективных компонентов, к «левополушарному кроссдоминантному» профилю ФСМА, подострому/острому темпу манифестного периода, волнообразному прогрессивному течению симптоматики психотического/непсихотического уровня, с наличием аффективных компонентов в полиморфных симптомокомплексах, менее выраженной дефицитарной симптоматикой. И далее — к «правополушарному» профилю ФСМА, коррелирующему с острым темпом манифестного периода, полиморфной психотической симптоматикой, выраженными аффективными проявлениями, эпизодическим течением, стойкими ремиссиями, стабильной дефицитарной симптоматикой.

Следует отметить тот факт, что ввиду выборочного характера, материалом исследования послужила исключительно стационарная группа больных шизофренией, в которую не вошли возможные случаи амбулаторного течения психопатологических расстройств с «мягкими» и стертыми формами течения процесса. В изучаемый массив больных также не попали пациенты с непрерывнотекущим и шубообразным злокачественным течением так называемой «юношеской шизофрении» в рамках простого, кататонического, гебефренического и недифференцированного типов, поскольку указанные состояния не фиксировались.

Результаты проведенных исследований позволяют прийти к выводу, что выявленные закономерные связи между различными профилями ФСМА и клинико-психопатологическими особенностями течения психопатологических расстройств при шизофрении позволяют утверждать о наличии прямой связи между многообразием шизофренических форм и латеральной нейродинамической конституцией индивида (Педак А. А., 2004, 2006, 2009). Поэтому, наиболее адекватной с нейропсихиатрической точки зрения является ***определение шизофрении как дистресс-психоза — диссоциативного расстройства психической деятельности, нейрофизиологически проявляющегося в нарушениях равнонаправленного функционирования полушарий головного мозга в обеспечении целостности психической деятельности, клиническая картина и течение которого обусловлены латеральным фенотипом больных и соответствующим патологическим характером межполушарных отношений.***

Данный подход может также способствовать будущему пониманию в МКБ-11 — DSM-определения «психического расстройства», условием которого является наличие у феномена проявления «клинически значимого дистресса или нарушения». Поскольку, в отличие от стандартной модели диагноза, где «клиническая значимость» рассматривается только как научно-медицинское понятие, в DSM она определяется только со ссылкой на «клиническую оценку» — дисфункции у индивида.

В нашем случае психотические состояния (шизофрения) рассматриваются с позиций интегративной диатез-стрессовой модели этого заболевания, основанной на адаптационной теории Н. Selye. Видимо, поэтому, с учетом позиций DSM, основанной на общебиологической стрессовой парадигме, следует вернуться к дихотомическому принципу деления психических расстройств аналогично терминологии их клинической и патофизиологической составляющей, а именно — «Эу-стресс» — «Дистресс», и их психопатологической аналогии — «Невротический» — «Психотический» уровень реагирования адаптационных механизмов психики (копинг) на «вредность» — психогенно или физиогенно обусловленную.

## **ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КАК ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОТРАВМЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЗАВИСИМОСТИ**

В конце XX века впервые появились психологические описания состояния у лиц, проживающих совместно с химически зависимым человеком. Это может быть его родительская семья или созданная им (ею) семья с мужем (женой) и детьми. Такие состояния обозначаются как созависимость. «Созависимый человек — это тот, который полностью поглощен тем, чтобы управлять поведением другого человека, и совершенно не заботится об удовлетворении своих собственных жизненно важных потребностей» [Москаленко, 2002].

В настоящее время признано, что созависимость является фактором риска рецидива химической зависимости у больного и фактором риска различных нарушений в потомстве. В первую очередь риск химической зависимости создает почву для развития психосоматических заболеваний и депрессии.

Для диагностики состояния созависимости используются следующие критерии:

- лица, находящиеся в браке или близких отношениях с больным химической зависимостью;
- лица, имеющие одного или обоих родителей, больных химической зависимостью;
- лица, выросшие в эмоционально-репрессивных семьях.

Подлежащие нашему исследованию супруги (113 человек) ВИЧ-инфицированных инъекционных потребителей наркотиков (пробанды) происходили из семей, где имели место не только химическая зависимость, но и коморбидность с психическими заболеваниями, а следовательно, они выросли в дисфункциональной семье. Кроме того, они не менее 3 лет состояли в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков, т. е. они были созависимы. Все (без исключения) супруги пробандов связывали свое заболевание именно с фактом известия о наличии ВИЧ-инфекции у супруга и оценивали этот факт как «самую сильную и не исчерпывающуюся психическую травму в жизни».

Из 113 исследованных созависимых лиц у 11 человек (9,7%) наблюдался алкоголизм, из них у 9 женщин (9,2%) и у 2 мужчин (13,3%). Следует отметить, что у всех (независимо от пола) исследованных созависимых лиц, у которых развился алкоголизм, наследственность была отягощена алкоголизмом. Клиническая диагностика хронического алкоголизма строилась на принципе стадийности, оценке прогрессивности и типа злоупотребления алкоголем. Процессуальность алкоголизма, помимо трансформации симптоматики, характеризовалась скоростью данных изменений.

Соответственно этому выделяли низкий средний и высокий темп прогрессивности [Пятницкая, 2008]. При оценке прогрессивности мы пользовались общепринятым критерием, которым служит срок формирования алкогольного абстинентного синдрома. Если алкогольный абстинентный синдром развивается до 6 лет от начала систематического злоупотребления алкоголем, то это является высокой степенью прогрессивности болезненного процесса, если от 7 до 15 лет — средней и свыше 15 лет — низкой прогрессивностью алкоголизма [Тиганов, 1999].

При оценке динамики клинических проявлений алкоголизма мы учитывали следующие временные характеристики: возраст начала заболевания; продолжительность I стадии; возраст формирования II стадии; продолжительность II стадии; возраст манифестации психозов; возраст формирования III стадии.

В результате клинко-психопатологического исследования созависимых лиц (без разделения по полу) было установлено, что начало заболевания приходилось на возраст  $24,3 \pm 1,1$  года. Продолжительность стадии заболевания составляла  $3,5 \pm 0,5$  года. Возраст формирования II стадии составлял  $26,1 \pm 1,3$  года, продолжительность II стадии —  $6,5 \pm 0,6$  года. Манифестация психозов наблюдалась в возрасте  $27,4 \pm 1,5$  года, формирование III стадии алкоголизма — в возрасте  $33,4 \pm 2,6$  года.

Из 11 исследованных созависимых лиц (без разделения по полу) с клиническими проявлениями алкоголизма у 2 человек (18,2%) наблюдалась первая стадия заболевания, у 8 человек (72,2%) — вторая стадия, у 1 человека (9,1%) — третья стадия заболевания. Что касается типов злоупотребления алкоголем, то у исследованных нами больных наблюдались как постоянное, так и периодическое злоупотребление. Анализ вышеизложенных данных свидетельствует, что созависимые лица, у которых впоследствии развился алкоголизм, имели наследственную отягощенность этим заболеванием, несмотря на то что возраст начала заболевания у созависимых лиц не отличался от такого же показателя в общей популяции 25–30 лет [Иванец, 2002; Кошкина, 2002]. Обращает на себя внимание тот факт, что продолжительность I стадии почти вдвое меньше, чем в популяции, а формирование II и III стадий алкоголизма смещено к более молодому возрасту. Приведенные данные свидетельствуют о том, что у созависимых лиц, состоящих в браке с ВИЧ-инфицированным потребителем инъекционных наркотиков, наблюдается прогрессивное течение алкоголизма.

Из 113 исследованных супругов, состоящих в браке с ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителем наркотиков, у 17 человек (15,0%) наблюдались расстройства психики и поведения, вызванные употреблением опиатов, из них было 12 женщин (12,2%) и 5 мужчин (3,3%). При клинической оценке развития расстройств психики и поведения, вызванных употреблением опиатов, мы руководствовались общепринятыми критериями — стадийность развития заболевания, оценка прогрессивности, тип злоупотребления алкоголем [Иванец, 2006; Пятницкая, 2008]. Для первой стадии заболевания характерными были два синдрома: измененной реактивности и психической зависимости. Для второй стадии — измененной

реактивности, психической зависимости и физической зависимости. Для оценки динамики клинических проявлений заболевания мы учитывали следующие временные характеристики: возраст начала заболевания; продолжительность первой стадии; возраст формирования второй стадии; продолжительность второй стадии; возраст формирования третьей стадии. Что касается прогрессивности заболевания, то мы пользовались положением, что «это процесс, который клинически выражается неуклонным появлением наркоманических синдромов, последствий и осложнений хронической интоксикации в психической и соматоневрологической сфере» [Пятницкая, 2008]. Осевым симптомом болезни является толерантность, закономерно меняющаяся по мере развития наркомании.

У исследованных нами супругов пробандов (лица, состоящие в браке с ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителем наркотиков) диагноз расстройства психики и поведения, вызванных употреблением опиатов, устанавливался при наличии в клинической картине синдрома физической зависимости.

Осевым синдромом у исследованных нами супругов пробандов было регулярное инъекционное потребление опиатов. Результаты клинко-психопатологического исследования супругов пробандов и данных медицинской документации свидетельствуют, что начало заболевания приходилось на возраст  $24,5 \pm 1,3$  года; продолжительность первой стадии составила  $0,6 \pm 0,04$  года; возраст формирования второй стадии —  $25,5 \pm 1,2$  года. Следует отметить, что на момент исследования у всех изученных нами супругов пробандов (без разделения по полу) наблюдалась вторая стадия заболевания, продолжительность которой составляла  $4,6 \pm 2,1$  года; третьей стадии заболевания не наблюдалось.

Таким образом, приведенные данные клинко-психопатологического исследования супругов, состоящих в браке с ВИЧ-инфицированным инъекционным потребителем наркотиков, свидетельствуют, во-первых, что они являются созависимыми лицами; во-вторых, они подвержены действию затяжной психотравмирующей ситуации в виде факта ВИЧ-инфекции у супруга; в третьих, клиническими проявлениями созависимости являются расстройства психики и поведения, вызванные употреблением алкоголя либо опиатов.

# ПСИХОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ЛЮДИНИ НА ДІАГНОЗ «РАК»: ПОРУШЕННЯ МОТИВАЦІЇ ТА ЇХ СУДОВО- ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ

**О. В. Радзевілова**

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

Онкологічна хвороба має не тільки тяжкі соматичні наслідки для особи: астенія, інтоксикація, больовий синдром, довготривале болісне лікування тощо, але й негативні зміни в особистісній сфері хворого, оскільки діагноз «рак» стає стресовою ситуацією. Перші думки щодо наявності онкології викликають у людини стан стійкої тривоги. Знання про те, що злякисні новоутворення становлять реальну загрозу для життя, страх болісного перебігу хвороби та невтішна статистика смертельних випадків створюють психотравмуючу ситуацію як для пацієнта, так і для його рідних.

Пацієнт із моменту появи перших підозр про наявність пухлини в організмі проходить п'ять фаз психологічного реагування на хворобу: від повного заперечення через гнів та безсилля до прийняття будь-якого результату лікування раку. Для особистості онкохвороба супроводжується емоційною напругою, станом тривожності, тому на кожній із фаз реагування мають місце психологічні механізми захисту. Так, деякі автори пов'язують анозогнозію в онкохворих з дією механізму витіснення (у рамках психоаналітичних теорій). Своєрідним проявом захисного механізму є побудова нереальних планів на майбутнє у тяжких хворих на термінальних стадіях онкопатології. Відгородження від дуже близьких людей, негативне ставлення до здорових осіб пов'язуються зі страхами онкохворого щодо свого майбутнього. Залежно від локалізації злякисного новоутворення може різнитися ставлення до хвороби. Так, соціальна престижність, «цінність окремих органів» для хворих різної статі зумовлюють ставлення до лікування (наприклад, для молодшої жінки радикальне оперативне втручання при новоутворенні в молочних залозах, матці нерідко розцінюється як катастрофа, що супроводжується почуттям неповноцінності).

Страх, понижений настрій завжди наявні у хворих на рак. Той або інший зміст будь-якого конфлікту викликає в них значне підвищення рівня емоційної напруженості, що проявляється перш за все у відчутті небезпеки, занепокоєння, тривоги. Це зумовлює виникнення проблем у міжособистісній сфері хворих. Вони не вибудовують нових довірливих стосунків.

Стан тривожності — це звичайна і нормальна реакція на нову або стресову ситуацію. Психологічний стан людини, яка дізналася про те, що в неї онкологічне захворювання, характеризується особливо високим рівнем тривоги. Стан тривожності описується хворими як знервованість,

напруження, відчуття паніки, страх, відчуття, що має статися щось небезпечне, почуття втрати контролю.

Ускладнення онкологічного захворювання та наслідки лікування приносять у клініку онкопатології швидке виснаження психічних процесів. Спостерігається астения у вигляді афективної лабільності, дратівливої слабкості з поєднанням підвищеної збудливості та швидкого виснаження, аж до повного безсилля. На фоні астенії довготривала психотравмуюча ситуація закарбовується у свідомості пацієнта, стає актуальним одна-єдина соціальна роль – «роль онкологічно хворого».

Госпіталізація, численні процедури та довготривале лікування, прийняття ролі хворого зумовлюють певні обмеження в житті людини. Втрата соціального статусу і, як наслідок, соціальна ізоляція становлять хронічний стрес та кризову ситуацію для особистості. Мотиваційна сфера при цьому змінюється. Домінуючим мотивом стає збереження життя. Зміна ієрархії цінностей приводить до зміни поведінки. Поведінка онкохворого стає більш ситуативною. Фактор «здоров'я» стає основним виміром сприйняття часу — «до хвороби» та «після хвороби». На різних етапах лікувального процесу домінуючий мотив змінюється від збереження життя до соціального виживання. Реабілітація онкохворих повинна будуватись на перебудові ієрархії цінностей особистості, намаганні розширити коло актуальних мотивів задля повернення хворого до активного життя.

Таким чином, повідомлення людині діагнозу «рак» є важким стресом, що супроводжується психологічними переживаннями, особистісними та поведінковими змінами, переглядом життєвих цінностей та зміною ієрархії мотивів. Психологічні переживання можуть бути підґрунтям формування психічних розладів, що поглиблюватимуть перебіг, лікування та прогноз основного онкологічного захворювання. Зміна ієрархії мотивів, життєвих цінностей, ситуаційна зумовленість поведінки та вчинків можуть впливати на цивільну дієздатність онкохворих під час укладання правочинів, що слід враховувати при вирішенні питання про здатність особи усвідомлювати значення своїх дій та можливості керувати ними.

Вищенаведене зумовлює необхідність залучення експертів-психологів для проведення комплексних судових психолого-психіатричних експертиз онкохворих.

# ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ

**Є. О. Березовська, Н. П. Кризина (Київ)**

*Державна установа «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»*

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) відзначає, що психічні та поведінкові розлади є надзвичайно поширеними, вони уражають близько 25% всіх людей земної кулі в різні періоди їхнього життя.

У доповіді ВООЗ «Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001» [1] зазначено, що розлади психіки та поведінки «є універсальними в тому сенсі, що уражають усіх людей у всіх країнах у будь-якому віці, жінок та чоловіків, багатих та бідних, у містах та селах». Близько 20% усіх осіб, які страждають на них, звертаються до лікарів первинної ланки.

Учені вважають, що до 2020 р. кількість таких хворих становитиме майже 15% у всьому світі. Факторами ризику виникнення розладів психіки та поведінки є бідність, основні фізичні захворювання, сімейне та соціальне оточення, конфлікти та нещастя [2].

У зв'язку з тим ВООЗ надзвичайно велику увагу приділяє дотриманню законодавства з профілактики, лікування та реабілітації хворих на розлади психіки та поведінки, а також зміні парадигми в підходах до психічного здоров'я з точки зору громадського здоров'я [3].

**Мета роботи.** Проаналізувати нормативно-правову базу України та європейських країн про надання психіатричної допомоги.

**Методи,** використані під час виконання роботи: бібліографічний, історичний, порівняльного аналізу, узагальнення.

## **Результати дослідження та їх обговорення**

Загальна урбанізація, збільшення психоемоційного навантаження через економічні та соціальні чинники призводять до погіршення психічного здоров'я населення, до значних економічних збитків, зниження якості життя людей та її очікуваної тривалості.

Але, як стверджує професор В. М. Кузнєцов, «аналізуючи стан сфери охорони психічного здоров'я в Україні, можна дійти висновку, що кардинальні та динамічні зміни, яких зазнала наша держава наприкінці минулого тисячоліття, не знайшли адекватного відображення у рамках норм та стандартів психіатричних науково-практичних концепцій» [4].

Особливого значення в контексті даного дослідження набувають праці Л. М. Барановської та В. Д. Юрченка [5], Т. С. Грузевої та Т. К. Кульчицької [6], І. К. Сосіна, С. О. Грімблата, Ю. Г. Беспалова, Ю. Ф. Чуева, Ю. А. Черного та К. В. Носова [7], Ю. Б. Юдіна та М. О. Мазуренко [8], М. В. Голубчикова та О. О. Петриченко [9], а також інших авторів.

Психічне здоров'я та благополуччя є найвищою складовою рівня якості життя населення будь-якої країни. Проте з кожним роком у всіх країнах світу відбувається прогресуюче зростання поширеності та захворюваності населення на розлади психіки та поведінки, збільшення показників інвалідності з приводу цих розладів та їх ролі у підвищенні показників загальної захворюваності, що є свідченням глобалізації проблеми охорони психічного здоров'я.

Психічні розлади є однією з провідних причин інвалідності населення, вони відіграють значну роль у зменшенні захисних функцій імунної системи, розвитку певних хвороб і передчасної смерті. На психічне здоров'я значною мірою впливає ставлення людини до себе, до інших людей, до життя в цілому та життєвих цілей.

До чинників ризику належить так зване «психологічне забруднення», тобто сильні емоційні переживання, стреси, у зв'язку з чим велике значення для здоров'я має спосіб життя й установка людини на здорове довголіття.

Із стресами та розладами психіки та поведінки пов'язують зменшення очікуваної тривалості життя населення в ряді держав-членів ВООЗ на 10 років протягом останнього десятиліття. Експерти ВООЗ вважають, що однією з передумов успішного вирішення проблеми є формування та реалізація країнами відповідної національної політики охорони психічного здоров'я. Але, на жаль, розробці й реалізації зазначеної політики перешкоджає негативне ставлення до пацієнтів з вадами психічного здоров'я.

Сьогодні зміна ставлення суспільства до осіб із розладами психічного здоров'я, надання їм психіатричної допомоги, об'єктивна та своєчасна інформація щодо основних показників стану діяльності психіатричної служби і лікувально-профілактичних закладів необхідні для прийняття рішень на всіх рівнях влади для забезпечення контролю та супроводу розробки і виконання Державної цільової комплексної програми охорони психічного здоров'я в Україні, яка повинна базуватися на чинному законодавстві України, принципах Європейської декларації та Європейському плані дій з охорони психічного здоров'я, до яких Україна приєдналася у 2005 р.

Останніми роками стало зрозуміло, що програми з охорони психічного здоров'я мають стати пріоритетними для більшості країн світу через ті соціальні наслідки, які ці захворювання викликають. Масштаб цієї проблеми такий значний, що, за даними експертів ВООЗ, ми маємо всі підстави розглядати психічні розлади (включаючи алкоголізм, наркоманію та токсикоманію) як основну загрозу здоров'ю та продуктивності життя людей.

У другій половині ХХ століття відбулися зміни в наданні допомоги при порушенні психіки та поведінки, що головним чином пов'язано з трьома незалежними факторами: перший — це розробка нових форм психосоціальних втручань та розробка нових фармакологічних засобів; другий — це рух за права людини, який став справді міжнародним у зв'язку зі створенням Організації Об'єднаних Націй (ООН) та прогресом демократії у глобальних масштабах; третій — психічний, це компонент, який був чітко визначений концепцією здоров'я ВООЗ.

Усі ці компоненти сприяють відмові від допомоги у великих закритих закладах і переходу до більш відкритої та гнучкої допомоги у громадах.

На рівні громади характерними особливостями надання медичної допомоги повинні бути:

- служба надання допомоги, наближеної до місця проживання, у тому числі загальні лікарні для надання невідкладної медичної допомоги, що дозволяє довготривале проживання серед людей (у громаді);
- проведення практичних заходів, які пов'язані з інвалідністю та наявністю певних симптомів;
- проведення лікування, яке безпосередньо пов'язане із встановленим діагнозом та потребами конкретної особи;
- можливість надавати широкий діапазон послуг, які враховують потреби людей з розладами психіки та поведінки;
- створення служб, які координують діяльність між спеціалістами з надання психіатричної та соціальної допомоги.

Відомо, що в багатьох країнах світу (й Україна не є винятком) збереження психічного здоров'я населення не має високого пріоритету. Профілактика розладів психіки та поведінки практично не проводиться, а надання послуг здійснюється в закритих закладах, які недостатньо укомплектовані та малоефективні. [10].

Усе це впливає на загальний стан психічного здоров'я нації та рівень її психічного благополуччя і спричиняє постійне зростання прямих і опосередкованих економічних витрат унаслідок дуже високого рівня різних видів саморуйнівної поведінки та її еквівалентних форм.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що в сільській місцевості психіатрична допомога та психологічна підтримка при критичних станах практично не доступні, а це є пусковим механізмом мотивації до саморуйнівної поведінки.

Аналізуючи надання медичної допомоги при розладах психіки та поведінки та їх профілактики, ми спиралися на ряд нормативно-правових актів та міжнародних документів останніх років.

У 1946 р. Міжнародною конференцією з проблем здоров'я було схвалено кінцевий варіант статуту ВООЗ, який дещо відрізнявся від попереднього, визначення здоров'я в ньому включало психосоціальні компоненти [11].

Подальший розвиток права на психічне здоров'я продовжили розробляти в контексті становлення основних соціально-економічних прав. У 1949 р. ООН була заснована комісія з прав людини, що підготувала «Біль про права людини», який містить декларацію, пакт та заходи щодо його виконання. У Міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації» на 2002–2011 рр., в окремому розділі визначено заходи, спрямовані на запобігання зростанню самогубств в Україні. Про це наголошено і в Європейській декларації з охорони психічного здоров'я, що була прийнята на Європейській конференції ВООЗ на рівні міністрів охорони здоров'я у Гельсинкі (Фінляндія, 12–15 січня 2005 р.) за участю посадовців Міністерства охорони здоров'я України.

У Таллінській хартії «Система охорони здоров'я – добробут» від 25–27 червня 2008 р. сказано, що пацієнтам необхідно забезпечити доступ до високоякісної медичної допомоги і що постачальники послуг у своїй роботі спираються на найсучасніші дані в медичній науці, а також використовую-

ють найбільш адекватні технології, забезпечуючи ефективність і безпеку втручань.

При опрацюванні Пакту про економічні, соціальні та культурні права (1949–1966 рр.) неодноразово переглядалися положення, пов'язані з правом на здоров'я. В одному з проєктів Генерального сектору ВООЗ містяться норми, згідно з яким кожна людина повинна мати право на гідний рівень здоров'я, який визначається сукупністю фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Уряди країн-учасниць Пакту повинні по можливості піклуватися про поліпшення і захист здоров'я своїх громадян, у тому числі заохочувати зусилля у сфері психічного здоров'я, спрямовані на гармонізацію стосунків між людьми.

У Міжнародному пакті про економічні, соціальні й культурні права від 1966 р. здоров'ю відведено ст. 12, у якій визначено, що держави, які беруть участь у Пакті, визнають право кожної людини на найвищий для досягнення рівень фізичного та психічного здоров'я, а також повинні забезпечити його відповідними заходами.

У гл. 15 Цивільного кодексу України [12] здоров'я розглядається як нематеріальне благо, яке визначається однією з найвищих соціальних цінностей.

Історія нашої країни свідчить про те, що недостатня увага до проблем юридичного забезпечення психіатричної допомоги разом із девальвацією правового статусу людини здатні негативно позначитися як на самій психіатрії, так і на особах, що беруть участь у наданні допомоги людям із розладами психіки та поведінки.

З початку 90-х рр. ХХ ст., коли держава взяла курс на соціально-економічні та політичні перетворення, це сприяло посиленню уваги до забезпечення і захисту прав пацієнтів узагалі і в психіатрії зокрема. Але кризові явища в економіці, які супроводжували ці перетворення, негативно вплинули на найбільш соціально незахищені прошарки населення, що призвело до різкого збільшення кількості відхилень у стані психічного здоров'я цих людей.

Психіатрія належить до тих напрямів медичної діяльності, які найбільш активні з позиції правового регулювання. Взаємозв'язок психіатрії і права пояснюється багатьма обставинами, основним з яких є тривале залучення медиків-психіатрів із немедичною, політичною метою.

Прикладом сказаного є використання психіатрів у боротьбі з інакодумцями в Радянському Союзі, коли особи, чії думки відрізняються від суспільних, могли бути запроторені до психіатричних установ з надуманими діагнозами неіснуючих захворювань; закриття у психіатричних установах, що значно обмежувало свободу осіб, які перебувають у психіатричних стаціонарах; зміна особистісних якостей людини у зв'язку з виникненням розладів психіки та поведінки. Такі люди втрачали можливість адекватно поводитися в суспільстві; держава ігнорувала необхідність адекватного соціально-правового захисту осіб із розладами психіки та поведінки (хоча потрібно було вживати заходів, спрямованих на можливу їх адаптацію до умов навколишнього середовища).

На сьогодні в Україні нормативно-правову базу допомоги особам з розладами психіки та поведінки становлять: Конституція України, Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», Закон України «Про психіатричну допомогу», постанова Кабінету Міністрів «Про затвердження порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих».

Практика свідчить, що положення наказів та інструкцій колишнього СРСР інколи застосовують ще й досі, хоча вони й не відповідають положенням ст. 32 (“Ніхто не може зазнавати втручання в його особисте і сімейне життя, крім випадків, передбачених Конституцією України”), 34 (“Кожному гарантується право на свободу думки і слова, на вільне вираження своїх поглядів і переконань”), 55 (“Права і свободи людини і громадянина захищаються судом”) Конституції України.

За період існування України як самостійної держави було прийнято один Закон України «Про психіатричну допомогу» [13] та постанову Кабінету Міністрів України «Про затвердження порядку проведення обов'язкових попередніх та періодичних психіатричних оглядів і переліку медичних психіатричних протипоказань, що можуть становити безпосередню небезпеку для особи, яка проводить цю діяльність, або оточуючих» [14].

У Законі України «Про психіатричну допомогу» [13], у ст. 3, зазначено про презумпцію психічного здоров'я: “Кожна особа вважається такою, яка не має психічного розладу, доки наявність такого розладу не буде встановлено на підставах та в порядку, передбачених цим законом та іншими законами України”. У цьому документі встановлюються обов'язки органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування з організації надання психіатричної допомоги та правового і соціального захисту осіб, які страждають на психічні розлади. У документі регламентовано права та обов'язки фахівців, інших працівників, які беруть участь у наданні психіатричної допомоги. У ньому підкреслено презумпцію психічного здоров'я, вимоги до конфіденційності відомостей про його стан, організаційні засади діагностики та лікування пацієнтів, підстави та порядок надання амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної психіатричної допомоги, примусових заходів медичного характеру, здійснення судово-психіатричної експертизи. Документ визначає механізм контролю і нагляду за діяльністю з надання психіатричної допомоги, порядку оскарження рішень, дій та бездіяльності, що пов'язані з наданням психіатричної допомоги, та відповідальність за порушення законодавства про психіатричну допомогу.

Якщо психіатрична допомога в радянський час діяла за принципом диспансерного спостереження психічно хворих дільничним психіатром, то з введенням у дію закону «Про психіатричну допомогу» [13] змінилися принципи надання психіатричної допомоги. Вони визнають добровільність поряд із законністю, гуманністю, дотриманням прав людини і громадянина. Саме завдяки цьому закону медична статистика МОЗ України з 2000 р. вперше почала подавати звітну інформацію про контингенти осіб, які перебувають

під диспансерним та консультативним наглядом у дільничного психіатра, і про таких, які лікувались у психіатра, але не взяті під нагляд.

У 2000 р. Україною ратифіковано Конвенцію про передачу осіб, які страждають на психічні розлади, для проведення примусового лікування, яка стала частиною національного законодавства згідно із ст. 9 (чинні міжнародні договори, згода на обов'язковість яких надана Верховною Радою України, є частиною національного законодавства України) Конституції України [15].

Наказами по МОЗ України затверджено стандарти медичних технологій лікувально-діагностичного процесу стаціонарної допомоги населенню, у тому числі з розладами психіки та поведінки, критерії діагностики й лікування цих осіб. Видано інструкції з проведення обов'язкових та періодичних психіатричних оглядів. В Україні опрацьовано нормативно-правові документи з окремих питань щодо застосування примусових заходів медичного характеру до осіб, що страждають на розлади психіки та поведінки [13].

У ст. 93 Основ законодавства України здоров'я розглядають як стан повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів.

До загальних принципів побудови системи охорони психічного здоров'я належать: повага до особистості кожної людини, її соціальних, культурних, етнічних, релігійних та світоглядних цінностей; всебічне і повне врахування потреб кожної людини; забезпечення лікування та догляду за мінімального обмеження свободи, що не перевищує рівня, необхідного для надання допомоги і забезпечення безпеки самого пацієнта, членів його сім'ї та суспільства в цілому; забезпечення допомоги і лікування при максимальному наданні кожному індивіду можливостей для самовизначення і стимулювання відчуття особистої відповідальності; забезпечення допомоги і лікування, орієнтованих на досягнення максимально можливого в кожному індивідуальному випадку рівня здоров'я і психосоціального благополуччя; забезпечення допомоги і лікування орієнтованих на досягнення максимально можливого в кожному індивідуальному випадку рівня здоров'я та психосоціального благополуччя [13; 14].

Сформоване в Україні нормативно-правове поле дає змогу не лише надавати кваліфіковану медичну допомогу хворим на розлади психіки та поведінки, а й забезпечує можливості збереження психічного здоров'я, створення механізмів реалізації права громадян на його захист.

Такі заклади забезпечують можливість надавати психологічну допомогу в різнобічних аспектах, виявляти осіб, які потребують психологічної підтримки, вживати запобіжних заходів через різні форми соціальної роботи. Головне завдання, яке стоїть перед центрами, — змінити ставлення постраждалих до власних проблем, сформувати в кожного почуття відповідальності за своє життя і життя близьких, подолати певні негативні комплекси.

## **Висновки**

1. Допомогу хворим з розладами психіки та поведінки повинні надавати на основі таких організаційно-правових принципів, як законність, яка висвітлюється у вимогах положень нормативно-правових актів, що

регламентують надання психіатричної допомоги; гуманність, що проявляється двояко: з одного боку, це гуманність щодо осіб, які страждають на психічні розлади, а з іншого — захист здорових громадян від суспільно небезпечних дій і загрози з боку осіб, що хворі на психічні розлади; дотримання прав людини та громадянина. Необхідно максимально привіряти права психічно хворих людей до прав хворих із соматичними захворюваннями.

2. Національним законодавством не повною мірою визначено режим збирання, зберігання, використання та поширення інформації, зокрема щодо психічного стану людини, її примусового обстеження та лікування, не створено процедури захисту прав як хворих, так і психічно здорових громадян від протизаконного втручання в їхнє особисте життя психіатричних служб.

Перспективи подальшого розвитку. Усе це вимагає створити всі можливості для забезпечення наукових досліджень і дати змогу змінити та гармонізувати дослідження особистості як суб'єкта певних суспільних відносин, дати змогу зрозуміти її сутність, забезпечити реалізацію її внутрішньої, духовної сфери з метою задоволення її власних потреб та інтересів.

## Література

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2001. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. — ВОЗ, 2001. — 167 с.
2. Нуллер Ю. Л. Структура психических расстройств / Ю. Л. Нуллер. — Киев, 2008. — 139 с.
3. Management Sciences for Health (from 2001, in collaboration with WHO). International drug price indicator guide. — Arlington: VA, Management Sciences for Health.
4. Кузнецов В. Н. Состояние психиатрической помощи детям Украины / В. Н. Кузнецов // Псих. здоров'я. — 2004. — № 2. — С. 17–22.
5. Барановська Л. М. Характеристика громадського психічного здоров'я в Україні (за даними статистики МОЗ України ГУОЗ та МЗ КМДА).
6. Барановська Л. М., Юрченко В. Д. // Псих. здоров'я / Mental Health. — 2003. — № 1 (1). — С. 7–10.
7. Грузева Т. С. Сучасні тенденції психічного здоров'я населення та заходи щодо його поліпшення / Т. С. Грузева, Т. К. Кульчицька // Псих. здоров'я / Mental Health. — 2004. — № 2 (3). — С. 4–8.
8. Вузовские предпосылки психического здоровья и успешного менеджмента: на модели валеопсихологии и эндоэкологии / И. К. Сосин, С. О. Гримблат, Ю. Г. Беспалов [и др.] // Псих. здоров'я / Mental Health. — 2003. — № 1 (1). — С. 11–17.
9. Юдін Ю. Б. Концепція комплексного удосконалення психіатричної допомоги та охорони психічного здоров'я населення м. Києва / Ю. Юдін, М. О. Мазуренко // Псих. здоров'я / Mental Health. — 2003. — № 1 (1). — С. 70–77.
10. Голубчиков М. В. Ресурсне забезпечення та госпіталізована захворюваність хворих на розлади психіки та поведінки в Україні / М. В. Голубчиков, О. О. Петриненко // Псих. здоров'я / Mental Health. — 2005. — № 2 (7). — С. 28–38.

11. Юрьев Е. Системы психиатрической помощи: возможные модели управления и реформирования / Е. Юрьев // Вестн. Ассоциации психиатров Украины. — 2003. — № 1–2. — С. 124–138.
12. Roscam Abbing. H. D. C. International Organization in Europe and the Right to Health Care. — Deventer: Kluwer, 1979.
13. Цивільний кодекс України від 16 січ. 2003 р. № 435–IV // Офіц. вісн. України. — 2003. — № 11. — Ст. 461.
14. Закон України “Про психіатричну допомогу” // Офіц. вісн. України. — 2000. — № 2. — Ст. 444.

## **ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ УКРАИНЫ**

***Е. А. Березовская, Н. П. Кризина (Киев)***

Проанализировано состояние психиатрической помощи в Украине. Сделан анализ нормативно-правовой базы по этому вопросу. Прослежены механизмы адаптации и имплементации нормативно-правовой базы к международным нормативным актам в Украине.

**Ключевые слова:** психическое здоровье, психиатрическая помощь, нормативно-правовые документы.

## **LEGAL REGULATION OF THE PSYCHIATRIC CARE TO THE POPULATION OF UKRAINE**

***E. A. Berezovska, N. P. Kryzyna (Kyiv)***

The condition of the psychiatric care in Ukraine has been analysed. The analysis of normative and legal base on this question is made. Mechanisms of adaptation and implementation of normative and legal base to the international statutory acts in Ukraine have been tracked.

**Key words:** mental health, psychiatric care, normative and legal documents.

# ПСИХОТЕРАПІЯ У КЛІНІЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

**М. М. Островський, С. Я. Галушко, О. В. Панасюк**

*Львівський міський психотерапевтичний центр*

## **PSYCHOTHERAPY IN THE FAMILIE CLINIC**

**M. Ostrovsky, S. Galushko, O. Panasyuk**

*The algorithm of the work as example of city psychotherapy center, the 5-th outpatient department and other Lviv medical institutions cooperation is demonstrated: psychotherapist - family doctor. The analysis of the 5 last years of work is done. Theoretical prerequisites and search for novelty in the practical work demonstrated. The role of the medical psychologist in the family doctor work is underlined. In the focuses: family — family doctor — psychotherapist and psychotherapist — psychologist - family doctor vectors of influence on the harmonic development of the personality and correction of there deviations are demonstrated.*

**Key words:** *psychotherapy, family.*

## **ПСИХОТЕРАПИЯ В КЛИНИКЕ СЕМЕЙНОЙ МЕДИЦИНЫ**

**М. Н. Островский, С. Я. Галушко, О. В. Панасюк**

*На примере сотрудничества Львовского городского психотерапевтического центра 5-й городской клинической поликлиники и других лечебно-профилактических учреждений города Львова показан и проанализирован за 5 последних лет алгоритм работы: психотерапевт – семейный врач. Описаны теоретические предпосылки и поиск инноваций в практической работе. Подчеркнута роль медицинского психолога в работе семейного врача. В фокусе: семья – семейный врач – психотерапевт и в фокусе: психотерапевт – медицинский психолог – семейный врач показаны векторы влияния на гармоническое развитие личности и коррекции отклонений от нормы.*

**Ключевые слова:** *психотерапия, семья.*

Перехід первинної ланки медико-санітарної допомоги (ПМСД) на засади сімейної медицини (СМ) в Україні спонукає до підтримання інноваційних процесів. Адже сім'я як багаторівнева і багатофункціональна система і найближче біологічне та соціальне оточення сприяє формуванню взаємин у відповідній рольовій взаємодії членів родини. Саме ці взаємини і впливають на розвиток рівня організації особистості. При емпатичних стосунках особистість розвивається гармонійно, що сприяє формуванню і збереженню психічного здоров'я. Дискордантність цих процесів призводить до деструкції психологічного формування і є підґрунтям для виникнення психосоматичних розладів [1, 7].

У практиці психосоматичних розладів обов'язково аналізуються чинники, котрі важливі для формування терапевтичних цілей, а саме, рівень розвитку людини, особистісні риси, шкільні, професійні, родинні ситуації. Крім того, у дослідженні психосоматичного розладу вирішуються конкретні проблеми провідного афекту в об'єктних стосунках (взаємини, що формуються між матір'ю і дитиною в ранній довербальний період розвитку і впливають на психіку протягом усього подальшого дорослого життя). Тому психосоматичні розлади, зумовлені спадковою схильністю, провокуються порушенням емоційного клімату в сім'ї та сильними переживаннями в дорослому житті [1, 4, 7].

Співпраця психотерапевтів Львівського міського психотерапевтичного центру (МПТЦ) з сімейними лікарями виникла на базі амбулаторії сімейної медицини 5-ї міської клінічної поліклініки (АСМ5МКП) м. Львова, яка надає ПМСД 12 тис. населення силами 9 сертифікованих сімейних лікарів. Згодом долучилися всі 62 лікарі загальної практики 5-ї міської клінічної поліклініки (5 МКП). На основі аналізу роботи фахівці Львівського міського психотерапевтичного центру (медичні психологи і психотерапевти), які працюють у тісному професійному контакті з фахівцями СМ 5МКП, дійшли узгодженої думки про необхідність організації заходів щодо безперервного професійного розвитку лікарів загальної практики в галузі формування, збереження, зміцнення і відновлення психічного здоров'я населення. З цією метою на 2008 рік було заплановано щомісячні заняття у вигляді лекцій, семінарів і тренінгів 62 сімейних лікарів та їхніх медичних сестер із проблем психічного здоров'я. У процесі безперервного професійного розвитку фахівців СМ особливу увагу було сконцентровано на питаннях емоційних розладів, ранньої діагностики, профілактики, психотерапії депресії та її поєднання з іншою соматичною патологією (зокрема гіпертонічною хворобою) при наданні ПМСД на засадах сімейної медицини. Поглиблена підготовка фахівців СМ протягом 2008 року з проблем психічного здоров'я у процесі їх безперервного професійного розвитку була одним із розділів обласної цільової програми "Розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини на період до 2011 року".

А нині до досліджень уже залучено психотерапевтів і сімейних лікарів 1-ї міської клінічної лікарні (1МКЛ), 2-ї міської поліклініки (2МП) та 5-ї міської клінічної поліклініки (5МКП). Як предмет обстеження брали зазначену вище депресію [8], згодом — синдром професійного вигорання [9] та психальгії [10]. Перед початком нашого дослідження аналіз документації всіх хворих на гіпертонічну хворобу, які перебували під спостереженням сімейних лікарів АСМ, засвідчив, що діагноз депресії було встановлено лише 2% хворих, які, відповідно, й отримували лікувально-реабілітаційну допомогу з приводу депресивної патології. У всіх хворих на депресію цей діагноз уперше було встановлено психотерапевтами, до яких хворі зверталися з власної ініціативи або за порадою рідних, близьких чи знайомих. Згідно з результатами останніх досліджень [3, 5], пацієнти з приводу емоційних проблем у більшості випадків звертаються за допомогою до членів своїх родин (69,9%) та друзів (43,7%) і лише у 21,4% — до сімейних лікарів. Із зазначеного можна

зробити висновок, що необхідно провести значну навчальну і виховну роботу як серед населення, так і серед сімейних лікарів щодо відповідального ставлення до такої патології, як депресія, і своєчасного звернення за допомогою до лікарів.

У переважній більшості випадків емоційних розладів хворі намагаються отримати допомогу в сімейного лікаря. Однією із методологічних помилок сімейних лікарів є те, що можливість діагностики проявів депресії вони беруть до уваги лише в кінці процесу виключення будь-якої соматичної патології, після виснажливих як для хворого, так і для лікаря лабораторних та інструментальних досліджень, а також консультацій різних спеціалістів [3]. У випадках, коли хворий пред'являє багато соматичних скарг, відзначає стійкі больові симптоми або незрозумілу слабкість чи втомлюваність, сімейний лікар повинен мати на увазі ймовірність депресивного чи іншого психічного розладу від самого початку захворювання [8].

З метою оцінки рівня розвитку синдрому емоційного „вигорання” (СЕВ) у медичних працівників 5МКП психологами Львівського міського психотерапевтичного центру у 2008 році було проведено скринінгову діагностику рівня розвитку СЕВ у лікарів загальної практики — сімейної медицини. За допомогою методики “Діагностика професійного вигорання” (К. Маслач, С. Джексон, в адаптації Н. Є. Водоп'янової) опитано 34 із 60 працюючих сімейних лікарів і виявлено такі показники, що дають підставу стверджувати: розглянута нами проблема є надзвичайно актуальною і потребує подальшого вивчення та організації профілактичних заходів серед фахівців сімейної медицини (табл. 1) [9].

**Таблиця 1**

**Середні значення основних характеристик вигорання у сімейних лікарів комунальної 5-ї міської клінічної поліклініки**

	Компоненти вигорання		
	Емоційне виснаження	Деперсоналізація	Редукція професійних досягнень
<b>Сімейні лікарі 5МКП</b>	36,17 %	12,0 %	28,69 %
<b>Працівники служби психічного здоров'я</b>	16,89 %	5,78 %	30,87 %

Порівняно із психіатрами, у шкалах “емоційне виснаження” і “деперсоналізація” у психіатрів було відзначено ліпші показники опірності до стресу. Враховуючи особливості діяльності, при якій існує підвищений ризик виникнення СЕВ, постає закономірне запитання: чому його питома вага нижча серед представників таких професій, як лікар-психіатр, психотерапевт чи психолог? Адже саме для представників цих професій характерна наявність високого рівня емоційної взаємодії та напруження, необхідність прояву співчуття та емпатії. На нашу думку, це пов'язано саме зі специфікою підготовки фахівців даних професій та необхідністю постійного професійного

вдосконалення у даній професійній групі: це різні види тренінгових методів підготовки і вдосконалення, такі як терапевтичний тренінг, когнітивно-поведінкова терапія, супервізорська моделі, балінтовські групи, що спрямовані на оптимізацію процесу стосунків лікаря і хворого. Тренінгові заняття сприяють виробленню необхідних для успішної роботи лікарів особистісних якостей, методів психологічного захисту та запобігання їх професійній деформації, завдяки чому їм вдається уникнути появи емоційного виснаження у вигляді СЕВ [9].

Якщо може існувати маскована (ларвірована) депресія, то сімейні лікарі вперше від психологів і психотерапевтів дізнаються, що уражені СЕВ. Зі сказаного логічно було б визначити психічні розлади, які маскуються під “личиною” хронічних болів. Згідно з епідеміологічними даними [2], понад 20%, хворих можуть переживати хронічні психічні болі.

**Таблиця 2**

**Дані скринінгових досліджень,  
проведених у трьох міських закладах охорони здоров'я**

Діагноз	Шифр	Медична установа	Обслуговує (у тисячах) населення	Зареєстровано всього
Персистуючий больовий розлад	F 45.4	5МКП	85,9	8
		2МП	105,7	1
		1МКЛ	107	28
Соматизований больовий розлад	F 45.0	5МКП	85,9	24
		2МП	105,7	19
		1МКЛ	107	122

Якщо скласти разом показники трьох медичних установ (табл. 2), то отримаємо 202 зареєстровані випадки психальгій на 298,6 тисячі населення. З цього випливає, що справжня картина є іншою, беручи до уваги таку кількість населення. То, можливо, ми лікуємо хворих на психальгії так, ніби йшлося про інші хвороби? Отже, є необхідність загострити увагу на розпізнаванні хронічних психічних болів у соматичній поліклініці [10].

Сімейний лікар найчастіше першим із лікарів стикається з психосоматичними розладами. В Україні з її важкими економічними умовами на депресію та інші психічні розлади страждає значно більша кількість осіб, ніж в інших європейських країнах [5]. Згідно з Державною комплексною програмою розвитку психічного здоров'я, близько 1/3 хворих, які звертаються в ПМСД, мають проблеми психосоціального кола, і сімейні лікарі повинні бути дієвою ланкою щодо виявлення найпоширеніших психічних розладів, які не усвідомлюються пацієнтами як психічні проблеми [5, 6].

На сучасному рівні підготовки сімейних лікарів та їх практичної роботи явно недостатніми є заходи щодо раннього виявлення емоційних розладів та організації психологічної і психотерапевтичної допомоги на рівні фахівців СМ. Однак 95% респондентів, опитаних у Львові, висловили бажання, щоб

сімейний лікар надавав їм допомогу у вирішенні психологічних проблем, у тому числі й емоційних розладів [5].

Досвід провідних країн світу [3, 4] засвідчує, що сімейні лікарі повинні мати фундаментальну підготовку в галузі медичної психології та психотерапії. Однак під час підготовки сімейних лікарів на додипломному етапі, так і в інтернатурі, а також на 6-місячних курсах перепідготовки сімейних лікарів на факультетах післядипломної освіти ще недостатньо уваги приділяється формуванню, збереженню, зміцненню і відновленню психічного здоров'я і психологічній допомозі окремим пацієнтам.

### **Висновки**

1. Доцільно розпізнавати психічні захворювання в кабінеті лікаря загальної практики.
2. Синдром емоційного вигорання зменшується при проведенні спеціальних профілактичних тренінгів.

### **Література**

1. Ейдемлер Е. Г., Юстицький В. В. Сімейна психотерапія. — Ленінград: Медицина 1990.
2. Фільц О. О., Кечур Р. В. Хронічний психічний біль як варіант тілесних настирливостей: нова психопатологічна категорія // *Acta Medica Leopoliensia*. — 1999. — Т. V, № 2. — С. 83–86.
3. Маляров С. А. Проблема депресій в загальномедичній практиці: рекомендації по виявленню і лікуванню // *Вісник психічного здоров'я*. — 1999. — № 3. — С. 31–38.
4. Обухов Я. Л. Глибинно-психологічні підходи в психотерапії психосоматичних захворювань // *Вісник психічного здоров'я*. — 1999. — № 2. — С. 34–44.
5. Закаль Ю. П., Рівз Дж. Т. Інтеграція психічного та фізичного здоров'я на первинному рівні надання медичної допомоги // *Форум психіатрії і психотерапії*. — 2000. — Том 2. — С. 9–14.
6. Концепція Державної цільової комплексної програми розвитку охорони психічного здоров'я в Україні на 2006–2010 роки.
7. Островський М. М., Галушко С. Я., Островська Н. М., Гоянюк М. В. Психосоматично орієнтована психотерапія в клініці сімейної медицини // *Практична медицина*. — 2006. — Том 12, № 3. — С. 100–104.
8. Островський М. М. Первинна і вторинна профілактика депресивних розладів у практиці сімейного лікаря // *Практична медицина*. — 2007. — Том 14, № 3. — С. 113–114.
9. Островський М. М., Франко М. В., Остальська З. Й. [та ін.] Синдром професійного “вигорання” в сімейній медицині: шляхи діагностики та профілактики // *Практична медицина*. — 2008. — Том 14, № 4. — С. 13–19.
10. Островський М. М., Гошовський О. В., Панасюк О. В. Співпраця психотерапевтичної служби з сімейними лікарями. Психалгія. // *Журнал сімейного лікаря та сімейної медсестри*. — 2010. — № 1. — С. 35–37.

## ВІРТУАЛЬНИЙ СВІТ АЗАРТУ ЯК МЕХАНІЗМ УНИКНЕННЯ ТРУДНОЦІВ РЕАЛЬНОГО ЖИТТЯ

**К. В. Аймаєдов**

*НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України  
(м. Київ)*

**Резюме.** У статті розглядається проблема ігроманії, зміна гемблінг-асоційованих феноменів на тлі сучасної інформатизації та он-лайн доступності.

**Ключові слова:** психологічний захист, патологічна схильність до азартної гри, віртуальна реальність.

Патологічний гемблінг в Україні має всі ознаки хвороби неконтрольованої, з тенденцією подальшого поширення [1, 2]. Про це непрямим чином свідчать юридичні веремії навколо грального бізнесу, які мають характер заборони та намагаються врегулювати вітчизняний гральний простір за допомогою безсистемних, певною мірою хаотичних і ситуативних рішень. Ці рішення, очевидно, відповідають радше популістським потребам, аніж завданням оздоровлення нації, про що свідчить відверте нехтування особливостями патогенезу нехімічних (поведінкових) аддикцій та потурання їхньому аддиктивному потенціалу. Заборона гральних установ привела до майже повної депривації гри у проблемних гемблерів; і справді, у перші півроку спостерігалось значне зменшення звернень лудоманів до лікувальних закладів. Проте, після ігрового «затишшя» спостерігався значний ріст звернень нетаголіків до лікарів і стали зрозумілими прорахунки подібної соціальної інтервенції, що не врахувала клініко-патопсихологічних особливостей лудоманії, зокрема притаманну їй аддиктивну домінанту, як стрижневий психопатологічний синдром. Остання спростувала соціально-політичні регуляторні заходи й за відсутності потрібної профілактики неодмінно вторувала колатеральний шлях для своєї реалізації, що лише підтверджує положення відомих наукових концепцій про патогенез аддикції: адиктивний радикал особистості, активаційну природу розладів аддиктивного спектру, підкріплення тощо.

У сучасних умовах глобальної інформатизації, «інтернетизації» та віртуалізації, коли клінічна картина гемблінгу збагатилася новими, певною мірою не властивими їй донині феноменами, нехтування особливостями патогенезу нехімічних аддикцій прирікає аддиктивну особистість, за умов відсутності належних лікувально-профілактичних заходів, на руйнацію, а захворювання — на негативну динаміку. На сьогодні синдромальна картина лудоманії поширилась за рахунок гемблінгподібних феноменів, що надали нові аддиктивні реалізації, пов'язані з сучасними інформаційними технологіями.

Гемблер захоплюється думками або розумовими образами акту азартної гри чи його обставинами, що, на нашу думку, концептуально наближається до феномену домінуючої ідеї. Патологічний гемблінг є важкоконтрольованим, супроводжується нав'язливими ідеями й образами акту азартної гри та різноманітними обставинами, дотичними до неї, йому притаманний інтенсивний потяг до гри на гроші. Тому ми погоджуємось з Л. Благовим, що в такому разі концептуально йдеться про феномени в континуумі «домінуюча ідея – надцінна ідея – маячна ідея». Дещо подібне відзначають і дослідники нетаголізму, вказуючи на присутність феномену «telepresence» — здатність забуватися, занурюватися в «кіберпростір» та сприймати його як реальність [3], що за змістом, подібно до стану зміненої свідомості, дереалізації та має такі риси: нездоланно виникає потяг до гри, його важко контролювати, а участь у грі неможливо припинити зусиллям волі; епізоди азартної гри викликають дистрес і ускладнюють макро- та мікросоціальне становище особи; у людини виникають непереборні думки та візуалізовані уявлення, пов'язані з актами азартної гри.

З точки зору перцептивної діяльності аддикту подібний процес модифікації свідомості індивіда відбувається у напрямку її віртуалізації, коли об'єктивна реальність поступово спотворюється ідеальним через свою штучність та удаванним середовищем, яке є дружнім та сприятливим, але таким, що порушує психосоматичний гомеостазис та баланс «внутрішні потреби особистості – зовнішні вимоги реального світу».

Віртуальна реальність має здатність «поглинати» свідомість аддикта через трансформацію індивідуального часопростору (або хронотопу, за термінологією М. М. Бахтіна) як надпривабливого, хоча й штучного створеного, «місця існування», де майже усунено (мінімізовано) стрес реального життя та уявно існують екстраординарні можливості [4]. Останні суб'єктивно сприймаються гемблером як керовані, підконтрольні та вельми корисні властивості творчого ґатунку, завдяки яким можна отримати новий онтологічний досвід. Але подібні квазіможливості надають аддиктові надпривабливу, вельми «споживчу» цінність і через ілюзію контролю — наддоступність з усіх суб'єктивно можливих. Зрозуміло, що йдеться про патологію перцепції, спотворену уяву та інші когнітивні руїни психіки аддикта, які відтворюють відомі розлади паранояльного спектра, що притаманні для всієї аддиктивної вісі.

У період 2005–2011 рр. нами та нашими колегами реалізується програма профілактики нехімічної аддикції із застосуванням технології eHealth (з англ. — електронна охорона здоров'я), однією з процедур катамнестичного етапу якої є обстеження за клініко-пато психологічним методом, що містить інтерактивне опитування щодо наявності симптомів гемблінгу та нетаголізму. Протягом обстеження проконсультовано в інтерактивному режимі 112 пацієнтів віком від 18 до 46 років з проявами патологічної схильності до азартних ігор (F63.0), тривалість гри при цьому становила від двох до п'яти років. Аналіз протоколів опитування був таким: за період заборони грального бізнесу (з травня 2009 року) у приблизно третини опитаних гемблерів змінилася клінічно-психопатологічна «картина» хвороби. Гра в

казино та автомати формально «змістилась» у концептуально подібний та операціонально спільний ігровий простір онлайн-гри, колективна рольова онлайн-гра передбачає масові онлайн-сесії у штучно створеному казково-анімаційному кіберпросторі з функціями соціальної спільноти та є найбільш аддиктогенний варіант онлайн-гри, не змінюючи при цьому основні характеристики аддиктивного розладу: параметри аддиктивного циклу, темп та кількість епізодів гри тощо. Виявлено, що подібний варіант інтернет-активності (масові онлайн-сесії) кількісно переважає, поєднуючи одразу декілька типів: спілкування, гру, розваги та пізнання, але через це має найбільший аддиктогенний потенціал; змінився лише засіб реалізації залежної поведінки, тобто її форма — рулеточний стіл на комп'ютер — феноменологічна сутність поведінки хворого, яка полягає у вимушеній зміні, модифікації (у даному випадку — віртуалізації) об'єктивної реальності задля психологічного комфорту та/або отримання гедоністичного задоволення — залишився незмінним, змінився лише посередник у реалізації поведінки. Сутність аддикції — це втеча від реальності.

Підбиваючи підсумок, можна зробити такі висновки: феноменологічні прояви нетаголізму та гемблінгу мають не диференційовану (афінну) область перетину, що дозволяє припустити подібність гемблінг-асоційованих розладів особистості та розладів поведінки; незважаючи на те, що причини патоморфозу та області перетину сучасних психічних розладів аддиктивного спектра недостатньо з'ясовані, вони є клінічною реальністю. Тому, соціальна, політична та економічна адаптація на рівні макросоціуму передбачає лікувальні та профілактичні схеми, які мають враховувати: відносну згорнутість та повільну прогресивність клінічних варіантів нехімічних аддикцій; дрейф симптоматики між афінними нозологічними формами аддикції; особистість хворого та її дефект, як стійкий, усталений симптомокомплекс, та центральний об'єкт лікування, що має незаперечну значущість при комплексній інтегративній реабілітації, яка дозволяє зберегти або підвищити якість життя хворого.

## Література

1. Эпидемия лудомании — что это? [Электронный ресурс] // Режим доступа: [http://narcolog.com.ua/game/epidemija\\_ludo\\_20.html](http://narcolog.com.ua/game/epidemija_ludo_20.html)
2. Про заборону грального бізнесу в Україні [Закон від 15.05.2009 № 1334-VI] / Офіційний вісник України від 06.07.2009. — № 48. — ст. 1609 / [Електронний ресурс] // Режим доступу: [http://search.ligazakon.ua/l\\_doc2.nsf/ed\\_2009\\_05\\_15/T091334.html](http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/ed_2009_05_15/T091334.html)
3. Егоров А. Ю. Нехимические зависимости: Монография / А. Ю. Егоров. — СПб.: Речь, 2007. — 190 с.
4. Войсунский А. Е. Психологические исследования феномена интернет-аддикции / А. Е. Войсунский // 2-ая Российская конференция по экологической психологии: Тезисы. — Москва, 12-14 апреля 2000 г. — М.: Экопсицентр РОСС. — С. 251–253.

## **ВИРТУАЛЬНЫЙ МИР АЗАРТА КАК МЕХАНИЗМ ИЗБЕГАНИЯ РЕАЛЬНЫХ ТРУДНОСТЕЙ**

**К. В. Аймедов**

*НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологи МЗ Украины  
(г. Киев)*

**Резюме.** В статье рассматривается проблема игромании, изменение гемблинг-ассоциированных феноменов на фоне современной информатизации и он-лайн доступности.

**Ключевые слова:** психологическая защита, патологическая склонность к азартной игре, виртуальная реальность.

## **VIRTUAL WORLD OF ARDOUR AS MECHANISM OF AVOIDANCE OF THE REAL DIFFICULTIES**

**K. Aymedov**

*Research institute of social and judicial psychiatry and narcology  
of MOZ of Ukraine (Kyiv)*

**Summary.** The problem of pathological gambling, change of the gambling-association phenomena on a background modern informatization and on-line of availability, is examined in the article.

**Keywords:** psychological defence, pathological gambling, virtual reality.

# **ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХОЛМСА-РАГЕ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ**

***І. В. Третяк, В. В. Чаплінська***

*ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» АМН України,  
м. Київ*

Останнім часом з'являється все більше наукових робіт, в яких досліджується зв'язок між стресом та серцево-судинними захворюваннями. Це пояснюється високою поширеністю емоційних розладів у хворих на серцево-судинні захворювання (ССЗ) [1]. У Росії у 2001–2004 роках проведено два епідеміологічні дослідження з загальною кількістю більш ніж 12 тис. включених у них хворих, які засвідчили, що симптоми депресії та тривоги наявні приблизно у половини хворих на гіпертонічну хворобу (ГХ), ішемічну хворобу серця (ІХС) та хронічну серцеву недостатність (ХСН). Виражена симптоматика, що з високим ступенем вірогідності свідчила про наявність клінічно значущих тривоги та депресії, була майже в кожного третього хворого: 28% — при ГХ, 31% — при ІХС, 38% — при ХСН [2].

Накопичується все більше доказів того, що стрес (в англomовній літературі — дистрес) і депресія є незалежними факторами ризику ІХС та цереброваскулярних захворювань і їх треба розглядати в поєднанні з такими визнаними факторами ризику, як дисліпідемія, артеріальна гіпертонія та куріння [3]. Встановлено, що високий рівень хронічного психоемоційного стресу та пережиті гострі стреси великою мірою асоційовані з емоційними розладами, головно тривожними і депресивними проявами, та захворюваністю і смертністю від ІХС [4].

Існує ще один бік проблеми зв'язку серцево-судинної патології та стресу — соматоформні розлади. Досить часто пацієнти, внаслідок неможливості з різних причин емоційно пережити стресову ситуацію реагують на стрес соматичними розладами або болями. Це найбільш «важкі» пацієнти дільничних лікарів, лікарів загальної практики та кардіологів. Зазвичай у таких хворих рекомендована лікарем терапія з приводу серцево-судинного захворювання «неефективна». Таких хворих часто скеровують на багатовартісні діагностичні обстеження, результати яких лише констатують невідповідність тяжкості клінічної симптоматики та об'єктивних даних [15].

Таким чином, значущість стресу для розвитку і прогнозу серцево-судинної патології, велика поширеність афективних розладів серед хворих на кардіальну патологію та велика кількість соматоформних розладів свідчать про необхідність дослідження стресових станів у пацієнтів із соматичними захворюваннями для своєчасної діагностики та надання необхідної допомоги.

І тут постає проблема підбору валідного психодіагностичного інструментарію. Ми зіткнулися з нею на власному досвіді.

У відділі медико-соціальних проблем кардіології Національного наукового центру «Інститут кардіології ім. акад. М. Д. Стражеска» АМН України у 2007–2009 рр. проведено роботу на тему «Дослідження впливу стресу на розвиток і перебіг серцево-судинної патології у населення України в сучасних умовах». У дослідження було включено 187 пацієнтів випадкової вибірки (91 чоловік та 96 жінок віком від 20 до 60 років), а також 99 хворих, з них 40 хворих на ГХ, 42 — на нестабільну і стабільну ІХС і 17 — на ІХС у поєднанні з ГХ, які перебували на стаціонарному лікуванні у відділеннях інфаркту міокарда та відновного лікування, атеросклерозу та хронічної ішемічної хвороби серця та у відділенні гіпертонічної хвороби інституту. Пацієнтів випадкової вибірки досліджували в амбулаторних умовах у відділенні популяційних досліджень (керівник відділення І. М. Горбась). З них артеріальну гіпертензію (АГ) спостерігали у 39 пацієнтів (20,9%).

У процесі роботи ми планували визначити рівні тривожності, депресії, якість життя та врахувати вираженість стресу в досліджуваних пацієнтів. Застосовано Госпітальну шкалу тривоги та депресії (HAD), питальник «Мультикультурний індекс якості життя» (MQLI) [6] та методику визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса та Прає [7].

Отримані результати наведено в таблиці 1.

**Таблиця 1**

**Показники емоційного стану досліджуваних пацієнтів**

Групи	Кількість, осіб	Середній вік	Рівень стресу	Тривожність	Депресія	Якість життя
Практично здорові	148	35,7 ± 0,7	185,1 ± 9,6	6,3 ± 0,3	4,7 ± 0,3	74,8 ± 1,1
АГ, випадкова вибірка	39	40,2 ± 1,3	175,2 ± 7,4	6,5 ± 0,5	5,2 ± 0,5	73,7 ± 2,5
ГХ I–II ст.	34	51,4 ± 1,6	156,1 ± 8,8	17,4 ± 0,7***	12,3 ± 0,7***	29,7 ± 2,1**
ГХ III ст.	6	52,6 ± 5,7	184,5 ± 1,4*	18,3 ± 1,1***	11,1 ± 0,9***	22,3 ± 3,2***
ІХС стаб.	11	59,5 ± 3,3	168,3 ± 34,1	13,0 ± 1,7***	9,3 ± 1,1***	52,9 ± 6,4*
ІХС нестаб.	32	54,1 ± 1,4	148,6 ± 10,1	17,7 ± 0,7***	11,5 ± 0,6***	30,2 ± 2,1**
ІХС та ГХ	17	61,4 ± 2,4	148,7 ± 10,1	18,4 ± 0,7***	12,0 ± 0,7***	25,2 ± 2,4***

Примітка. Порівняно з групою практично здорових;  
\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Отримані дані свідчили про те, що у хворих, які перебували на стаціонарному лікуванні з приводу різних серцево-судинних захворювань, рівні тривожності та депресії були більш ніж у два рази вищими, а якість життя — у 2,5–3 рази гіршою, ніж у практично здорових досліджуваних і пацієнтів з АГ. Однак привертало увагу те, що середні рівні стресу у хворих усіх груп

за числовими значеннями були навіть дещо меншими, ніж у групі здорових досліджуваних. Чи означало це, що хворі з інфарктом міокарда або нестабільною стенокардією переживають менший стрес, ніж здорові пацієнти? На нашу думку, ні.

Вважаємо, що такий результат пов'язаний з особливостями застосованої методики. Згідно з нею, пацієнтам дають список подій, з яких вони мають обрати ті, що сталися з ними протягом минулого року. Кожній події присвоєний певний бал. Чим більше подій, тим більше балів набирає пацієнт, і тим більшою вважається вірогідність розвитку в нього емоційного розладу або психосоматичного захворювання. Ми встановили, що здорові досліджувані відзначали у списку в середньому 6 подій (від 3-х до 24-х), тоді як стаціонарні хворі — у середньому 3 події (від 2-х до 6-ти). Імовірно, для обстежених нами хворих госпіталізація у стаціонар з приводу важкого соматичного захворювання сама по собі була тяжким стресом, на тлі якого інші події здавалися незначущими.

При визначенні кореляційних зв'язків між досліджуваними параметрами було встановлено, що у здорових досліджуваних обох статей відзначався помірний позитивний кореляційний зв'язок між тривогою та рівнем стресу і слабкий позитивний зв'язок між депресією та рівнем стресу. Водночас у всіх групах стаціонарних хворих і в пацієнтів випадкової вибірки з АГ спостерігався позитивний кореляційний зв'язок від слабого до помірного між тривогою та рівнем стресу і з'являвся негативний зв'язок від слабого до середнього між депресією та рівнем стресу.

Тобто у практично здорових осіб посилення і тривоги, і депресії супроводжувалося збільшенням рівня стресу. У хворих на ССЗ з посиленням тривоги рівень стресу зростав, а з посиленням депресії — зменшувався. Очевидно, що за наявності у хворих високих рівнів тривоги й депресії рівень стресу, визначений за методикою Холмса-Раге, несе на собі відбиток протилежно спрямованих впливів, і за допомогою цього показника не може бути адекватно оцінений стрес, що його переживає хворий.

Отже, у нашому випадку у хворих на серцево-судинні захворювання методика Холмса-Раге виявилась неінформативною. Можливо, це пов'язано з тим, що емоційний стан соматичних хворих не кількісно, а якісно відрізняється від стану здорових осіб. Наш досвід ще раз свідчить про те, що необхідно проводити роботу з визначення меж застосування загальних психодіагностичних методик у хворих на соматичну патологію.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Краснов В. М. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // РМЖ. — 2002. — № 25 (144). — С. 1187–1191.
2. Чазов Е. И., Оганов Р. Г., Погосова Г. В. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования // Кардиология. — 2005. — №11. — С. 4–11.
3. Копина Л. С., Сулова Е. А., Заикин Е. В. Популяционные исследования психосоциального стресса как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиология. — 1996. — № 3. — С. 53–56.
4. Larson SL., Owens PL., Ford D., Eaton W. Depressive disorder, dysthymia, and risk of stroke. Thirteen-year follow-up from the Baltimore Epidemiologic Catchment Area study// Stroke. — 2001. — 32(9). — P.1979.
5. Погосова В. Г. Эмоции и сердце // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2006. — № 5. — С. 70–73.
6. Juan E. Mezzich, Neal L. Cohen, Maria A. Ruiperez, Claudio E. M. Banzato, Maria I. Zapata-Vega The Multicultural Quality of Life Index: presentation and validation//Journal of Evaluation in Clinical Practice. — 2011. — 17(2). — P. 357–364.
7. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: Учебное пособие / Редактор-составитель Райгородский Д. Я. Самара: Издат. Дом «БАХРАХ-М», 2002 г. — С. 149–152.

### ***Відомості про авторів:***

1. **Третяк Ірина Василівна** — кандидат мед. наук, старший науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем кардіології ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ. Контактний тел. 050-381-89-27, e-mail irene.tretyak@gmail.com.
2. **Чаплінська Віра Василівна** — молодший науковий співробітник відділу медико-соціальних проблем кардіології ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска» АМН України, м. Київ.

# © НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ ЯК НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА ЇЇ ПОДОЛАННЯ МЕТОДАМИ “ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЕНГРАМ” І “КАСКАДНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЕНГРАМ”

*О. Я. Гальчук, Коломия*

**Ключові слова:** анорексія, хронічний стрес, емоційна пам'ять, емоційне відреагування, візуалізація енграм.

**Анотація.** Найважливішою метою сучасних досліджень є удосконалення, заміна психотерапевтичних методів, які б дозволили вилікувати хронізовану нервову анорексію. Пропоную свій погляд.

**Key words:** anorexia, chronic stress, emotional memory, emotional reaction, the visualization of engrams.

**Abstract.** The most important purpose of modern researches is improvement and psychotherapeutic methods replacement which would allow to cure chronic Anorexia Nervosa. There is my view.

Нервова анорексія — це розлад, характерною особливістю якого є зниження ваги, що зумовлюється і підтримується самим індивідом [4, 931]. Відмова від їжі відбувається через страх, незадоволення своєю зовнішністю, надмірною, на думку людини, повнотою.

Згідно з DSM-IV, нервову анорексію діагностують за такими критеріями: а) відмова підтримувати масу тіла на мінімальному для свого віку і зросту рівні; б) чіткий реальний страх щодо збільшення маси та об'єму тіла, незважаючи на очевидне схуднення; в) порушення у сприйнятті власної фігури і маси тіла, надмірний вплив цих зовнішніх характеристик на адекватність самооцінки та заперечення реального факту критичного заниження ваги; г) наявність у жінки після початку місячних аменореї, тобто відсутність трьох наступних один за одним менструальних циклів. Аменорею припускають і тоді, коли місячні настають тільки після прийняття гормонів, зокрема естрогену.

Крім того, нервову анорексію поділяють на такі типи [4, 932]:

1. “Обмежений” тип (Restriktiver Typus, F50.00). У хворих відсутні регулярні “приступи об’їдання”, вони не “очищуються примусово”.
2. “Очищувальний” тип (Binge-Eating/Purging”-Typus; F50.1). Хворі мають регулярні “приступи об’їдання” і примусово “очищують” шлунок, послаблюється контроль потягів. У МКХ-10 додатковий критерій діагностування вказує на те, що розлади, які починаються до пубертатного періоду, зумовлюють затримки росту та розвитку грудних залоз. При діагностиці нервової анорексії враховують також можливу втрату ваги через сома-

тичні причини (захворювання травної системи, цукровий діабет, пухлину головного мозку) чи депресію.

Втрати маси тіла зумовлюють гормональні порушення [8, 315], зміну формули крові, розлад електролітного обміну через вимивання калію. Відсутність жирової тканини унеможливорює продукування естрогенів, що спричиняє аменорею, остеопороз.

Епідеміологічні спостереження підтверджують те, що анорексія спостерігається частіше в індустріально розвинутих країнах, серед забезпечених людей, як правило, у дівчат та жінок. При цьому роль соціокультурних та поведінкових факторів є дуже важливою. Початок захворювання спостерігається у віці близько 14, 17–18 років.

Нервова анорексія, як правило, розвивається у представниць з регідних, конфліктних сімей, де батьки у стосунках з дітьми проявляють або гіпертурботу (що є прихованою, витісненою агресією), або гіпотурботу (що є байдужістю), де має місце деформований чи послаблений емоційний контакт мами з дитиною.

Ряд дослідників, зокрема Pike&Robin (1991) [4, 942], відзначає, що мамина харчова поведінка, її ставлення до форми і маси тіла відіграють велике значення для формування анорексії в дочок. Якщо мами демонстративно обмежують себе у прийнятті їжі, постійно говорять про своє незадоволення фігурою та масою тіла, то і їхні дочки переживають більший страх перед можливістю розповніти, ніж дівчата з інших сімей.

Надмірний культ форми і маси тіла в заможному суспільстві значною мірою сприяє поширенню анорексії. У тих соціальних спільнотах, де більшого значення надають духовному вихованню і розвитку, формуванню відповідного світогляду, а не зовнішнім формам, нервова анорексія трапляється набагато рідше.

Існує гостра необхідність у проведенні досліджень ефективності окремих компонентів терапії анорексії. У психотерапії цього розладу часто використовується інтерперсональна терапія (котра допомагає поліпшити стосунки з оточенням) та когнітивно-поведінкова.

Інтерперсональна терапія допомагає осмислити, визначити уявлення, очікування, емоції пацієнток щодо їхньої проблеми.

У когнітивно-поведінкової терапії основною метою є перебудова режиму харчування. Хворих учать переборювати страхи щодо маси і форми тіла, адже ці пацієнтки постійно перебувають у хронічному стресі.

Стрес — це реакція організму на екстремальний вплив, який є загрозою для фізичного існування людини або її психічного статусу [3, 29]. До цієї реакції включають емоційні, біохімічні, гуморальні, вегетативні, поведінкові та інші процеси. Впливи, котрі формують стрес, називаються стресорами. У разі формування анорексії стресорами є страхи, занижена самооцінка, невпевненість, комплекси меншовартості, тривога через розміри, вагу, соціальне сприйняття; усе це виникає на негативному емоційному фоні. Емоційний стрес зумовлюють сигнальні подразники, а саме: загроза, зневага, образа, конфлікт, болючі слова (особливо сильна та тривала дія). Усі ці явища мають місце і при формуванні нервової анорексії. Під час цього

захворювання у кров виділяється значна кількість адреналіну через фізичне і розумове перевантаження. Подолання психічних перешкод, розумове і фізичне напруження провокують високий вміст норадреналіну в крові. Отже, у психотерапевтичному процесі лікування анорексії має відбутися також і саморегуляція нейрогуморальних процесів. Тривога, страх, котрі мають місце при анорексії, ототожнюються зі стресом або визнають одним із його видів чи виокремлюють у самостійний стан.

Fairburn, Marcus & Wilcon (1993) [4, 951] та інші стверджують, що допомогти цим хворим можуть тренінги підвищення компетентності у вирішенні проблем і володінні стресовими ситуаціями, під час яких хворі вчать спостерігати за стресовими процесами і за своїми реакціями на стрес, котрі порушують режим харчування.

В експозиційній терапії (Tushen & Florin) [4, 952] для хворих формують аверсивні ситуації, викликають негативні емоційні реакції, але не дають змоги продемонструвати порушення харчової поведінки. У процесі тренувань поступово згасає емоційне збудження, а потім послаблюється і фізіологічна реакція “вовчого апетиту”.

*Червоною ниткою серед причин виникнення анорексії пронизані негативні емоції, котрі формують і комплекси меншовартості, і деформують особистість, і лякають. Постає питання: чому в оглянутих психотерапевтичних підходах ідеться про вироблення певних поведінкових патернів за допомогою мислення, навчання?*

Найважливішою метою сучасних досліджень є удосконалення, зміна психотерапевтичних програм, які б дозволили успішно вилікуватись і тим хворим, які мають хронізовану анорексію або не досягли помітного поліпшення.

Отже, логічний висновок, що впливає зі сказаного такий: для лікування нервової анорексії необхідно вивільнити емоційну (часто довготривалу) пам'ять від травмуючих надпорогових подразнень (енграм), які сприяли формуванню розладу. Тобто успіх лікування забезпечує емоційне відреагування психічних травм. Діагностувати ці травми й одночасно звільнити від них можна методом «Візуалізації енграм» (сертифікат про реєстрацію авторських прав № 112/CCR 361 109 від 27.11.2009 Гальчук Оксани Ярославівни), методом «Каскадної візуалізації енграм» (сертифікат про реєстрацію авторських прав № 112/CCR 321 010 від 25.10.2010 Гальчук Оксани Ярославівни), застосуванням аутотренінгу за методом Шульца (11 ступінь), котрі сприяють нейрогуморальній саморегуляції всіх систем та поліпшенню електролітного і гормонального балансу в організмі хворої.

“Візуалізація енграм” є методом гештальт-терапії. Вона за допомогою уяви спрямовується в емоційну пам'ять, у глибини свідомості. Емоційна пам'ять фіксує абсолютно все, що відбувається з індивідом, тобто і зовнішні, і внутрішні реакції всіх структур, систем, органів організму, а також їх реакцію на всі процеси з певним знаком (+ чи –) з моменту діяльності мозку і серця ембріона (Гальчук О. Я., магістерська робота, 2004 р). Адже ще І. П. Павлов стверджував, що емоції є першою сигнальною системою.

О. О. Ухтомський [1, 251] вищевказаний процес назвав *енграмою*, що означає комплекс структурно-функціональних змін, які фіксують не тільки

певну зовнішню ситуацію, а й суб'єктивне ставлення до неї. Отже, емоційна пам'ять формує енграми. Оскільки, формування і відтворення енграм можливе тільки на основі існування власного часу в головному мозку, доречно зазначити, що (за визначення О. О. Ухтомського) [1, 251], внутрішній, просторово-часовий образ зовнішнього єдиного просторово-часового світу називається хронотропом. Саме хронотроп енграм сприяє формуванню проблем і розладів. Під час проведення психотерапії імпульси, які передали до мозку негативну інформацію, вивільняються і повертаються до тих аналізаторів, через які вони потрапили в мозок (часто багато років тому). Усе це триває досить мало часу. У психотерапії реконструюється психофізіологічний механізм емоційної пам'яті, утворюється раніше відсутня друга половина рефлекторної дуги травмуючого подразнення (перша половина рефлекторної дуги, утворена надпороговим подразником, зберігається в пам'яті іноді дуже багато років і також бере участь у формуванні енграм). Витіснена травма перестає існувати, вона відреаговується. Людина починає нове життя, без сумних "подарунків" долі.

Метод "Каскадна візуалізація енграм" є модифікацією методу "Візуалізація енграм". Він дає змогу візуалізувати образ в образі, почуття в почутті, емоцію в емоції. Тобто опрацьовуються енграми вторинного, третинного, ... образу поетапно, крок за кроком. Людина відреаговує свої почуття, емоції, симптоми, які переживає тут і зараз, але паралельно включаються і почуття, емоції, симптоми давно сформованого візуалізованого образу на соматичному, глибинному рівні. Організм фіксує емоційні реакції на когось чи щось, починаючи з утробного періоду, і ці реакції він здатний відновлювати та відреаговувати. Цей метод, як і "Візуалізація енграм" проєктивними стимулами, має власні (дані людини) психічні процеси (пам'ять, уяву, мислення), її почуття, сні, емоції, симптоми. У цьому процесі кожен візуалізований образ пласт за пластом зменшує психотравму, відтворюючи причини, що зумовили проблеми. Нормалізуються патологічні метаболічні процеси, відбувається потужна саморегуляція нейрогуморальних процесів в органах і системах організму. Причинно-наслідковий принцип працює у зворотному напрямі: наслідок швидко вказує на причину. Ланцюг соматичних реакцій паралельно розкручує ланцюг психологічних травм, які сформували розлад і відклались у хронотропі мозку. У психотерапії відбувається опрацювання і вивільнення глибоко витіснених травм, які утворили активно діючі енграми.

Завдяки глибокій саморегуляції метаболічних процесів у клітинах відбувається реконструкція білкових структур у багатонейронних енграмах, звідти і "забування" травмуючої реакції на психотравму.

Цей процес і в психодіагностиці, і в психотерапії є суто індивідуальним, жодним чином не спрогнозованим чи запропонованим кимось (психологом, психотерапевтом). Енграма травмуючої ситуації, стану перестає існувати в чуттєво-емоційному або соматичному вигляді. Вона залишається тільки у вигляді логічного пояснення проблеми, хвороби і не впливає на поведінку, почуття людини травмуючим чином. Людина забуває, як з того чи іншого приводу боятись, забуває біль. Кажучи мовою гештальт-терапії, травмуюча фігура переходить у фон. Гештальт структурується.

Цінність цих методів полягає в тому, що вони є психодіагностичними і психотерапевтичними методами одночасно. Зокрема, у проєктивній психодіагностиці вони є інструментами, які дають змогу встановити психологічний діагноз, визначити причини проблеми з високими відсотками валідності, надійності, достовірності. Крім того, ці методи дають змогу дослідити механізм співвідношення між психічними і фізіологічними процесами на глибокому рівні свідомості, підсвідомості з метою діагностування і лікування різних типів психогенних розладів. Це унікальні методи психотерапії і проєктивної психодіагностики, колосальний Дарунок Бога людям.

Коли стає відомою причина, то шлях подолання розладу відкривається. Через досить короткий проміжок часу хворі вже не можуть згадати, як боялися “зайвої ваги”, комплексувати. Відновлюються місячні, вага тіла збільшується відповідно до зросту та віку, поліпшуються психічні процеси мислення, пам’яті, уваги, зростає активність. При цьому виключається вживання медикаментів.

Викладені думки ґрунтуються на основі реального досвіду роботи з нервовою анорексією у 2007–2008 роках (42 години психотерапії). На сьогодні рецидивів не виникало. Анорексія лікується.

## Література

1. Батуев А. С. Физиология высшей нервной деятельности и сенсорных систем / 3 издание. — Питер, 2005.
2. Введение в психофизиологию: учебное пособие / Т. М. Марютина, О. Ю. Ермолаев. / 5 изд. — М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2007. — 400 с.
3. Горго Ю. П. Психофізіологія (прикладні аспекти): навч. посібник. — К.: МАУП, 1999. — 128 с.
4. Клиническая психология / Под ред. М. Перре, У. Баумана. — СПб.: Питер, 2007. — 1312 с.: ил. (Серия «Мастера психологии»).

# ЗМІСТ

РОЗЛАДИ СВІДОМОСТІ В ОНКОХВОРИХ: ЕКСПЕРТНА СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНА ОЦІНКА..... 1	
<i>О. А. Ревенок, О. П. Олійник, С. С. Шум</i>	
ЗНАЧЕННЯ КАТАМНЕЗУ В СУДОВІЙ ПСИХІАТРІЇ НА ЕТАПІ ПРОВЕДЕННЯ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНОЇ ЕКСПЕРТИЗИ ..... 3	
<i>В. І. Мельник, А. В. Мельник</i>	
ДОСВІД СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ЕКСПЕРТИЗ ЖЕРТВ СКНИЛІВСЬКОЇ КАТАСТРОФИ..... 4	
<i>В. Й. Гуцал, А. З. Маланчук, О. Б. Суvalo, З. В. Кошулинська</i>	
ПОСТТРАВМАТИЧНИ НАСЛІДКИ ГОЛОДОМОРУ ..... 11	
<i>Н. Долішня, С. Рослюк</i>	
ОСТРАЯ РЕАКЦІЯ НА СТРЕСС И ДИССОЦИАТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В СУДЕБНО-ПСИХІАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ ..... 13	
<i>А. А. Ткаченко</i>	
КОГНІТИВНО-БІХЕВІОРАЛЬНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ ..... 22	
<i>Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, Р. І. Рудницький, В. Г. Деркач, Т. Г. Карвацька</i>	
КЛІНІКА АСТЕНІЧНИХ СТАНІВ ТА ЇХ КОРЕКЦІЯ ПРИ НИРКОВІЙ НЕДОСТАТНОСТІ ..... 24	
<i>Р. І. Білобривка, А. Р. Панас, Б. П. Суvalo, Я. В. Шпильовий</i>	
ОЧІКУВАННЯ СИНДРОМУ ВИГОРАННЯ У ЛІКАРІВ АСОЦІЙОВАНО З АУТОАГРЕСИВНОЮ ПОВЕДІНКОЮ ..... 29	
<i>О. О. Хаустова, О. П. Романів</i>	
ОСОБЛИВОСТІ АУТОДЕСТРУКТИВНОЇ ПОВЕДІНКИ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПСИХОСОМАТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ..... 30	
<i>О. С. Чабан, О. М. Дзюба, О. О. Хаустова, В. Г. Безшейко</i>	
КРИЗОВІ СТАНИ. КЛІНІЧНІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ..... 31	
<i>О. Мироненко, С. Рослюк, Д. Мироненко</i>	
ЗНАЧЕНИЕ ПСИХОГЕННОГО НАРУШЕНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ МЕТАСТИМУЛЯЦИИ ..... 34	
<i>Е. Марцинявичене, К. Дашкявичюс</i>	
НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ КУЛЬТУРАЛЬНОГО СТРЕССА И КЛИНИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ НА МОДЕЛИ «МЫ – ОНИ И НАШИ В ШВЕЙЦАРИИ»..... 41	
<i>О. Чабан, N. Hauserl.</i>	
КЛІНІКО-ПСИХОПАТОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОРУШЕННЯ ПСИХІЧНОЇ АДАПТАЦІЇ У ХВОРИХ НА КОКСАРТРОЗ, ЯКІ ПОТРЕБУЮТЬ ЕНДОПРОТЕЗУВАННЯ ..... 42	
<i>І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, А. Є. Ніколенко, Т. Й. Шустерман, С. В. Рокутов, Є. С. Феденко</i>	
ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПСИХОТЕРАПИИ И ГРУПП САМОПОМОЩИ НАРКОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ ..... 44	
<i>В. В. Судраба, Э. А. Ранцан, И. К. Миллере</i>	
ДИТЯЧА АГРЕСІЯ ЯК ЗАКЛИК ПРО ДОПОМОГУ ..... 47	
<i>А. Борщевська, Н. Ришковська, Р. Гривул</i>	
ОБҐРУНТОВАНІСТЬ СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНИХ ВИСНОВКІВ ПРИ ПРОВЕДЕННІ ПОСМЕРТНИХ СПЕ ОНКОХВОРИХ ..... 51	
<i>О. П. Олійник, С. С. Шум</i>	
ДЕПРЕСІЇ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, ТА ОСОБЛИВОСТІ ЇХ ЛІКУВАННЯ ..... 54	
<i>Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, Р. І. Рудницький, В. Г. Деркач, Т. Г. Карвацька</i>	

КОМПЛЕКСНИЙ ПІДХІД У ЛІКУВАННІ НЕВРОТИЧНИХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ, РОЗЛАДІВ У САМОТНІХ ЛЮДЕЙ ЛІТНЬОГО ВІКУ .....	56
<i>Н. С. Карвацька, В. М. Пашковський, А. В. Федотова, А. П. Левицька, Л. М. Топало</i>	
ЕФЕКТИВНІСТЬ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ .....	60
<i>Н. С. Карвацька, А. В. Федотова, М. Д. Замковий, Л. В. Смилова, Т. Г. Карвацька</i>	
ПСИХІЧНА ДЕЗАДАПТАЦІЯ ТА МЕХАНІЗМИ ПСИХОЛОГІЧНОГО ЗАХИСТУ У ХВОРИХ ІЗ ПСИХІЧНИМИ РОЗЛАДАМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ .....	64
<i>Н. С. Карвацька, Л. М. Топало, Т. Г. Карвацька</i>	
КЛІЄНТ-ЦЕНТРОВАНА ПСИХОТЕРАПІЯ ПРИ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ, ПОВ'ЯЗАНИХ ЗІ СТРЕСОМ .....	66
<i>Н. С. Карвацька, А. В. Федотова, Л. В. Смилова, Т. Г. Карвацька</i>	
ЩОДО МЕДИКО-ПРАВОВИХ ЗАСАД ПРИЗНАЧЕННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ ПРИ ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДАХ.....	68
<i>А. В. Мельник</i>	
ДО ПИТАННЯ ДИФЕРЕНЦІАЛЬНОЇ ДІАГНОСТИКИ ШИЗОФРЕНІЇ ТА ПСИХОГЕННИХ ПСИХІЧНИХ РОЗЛАДІВ У СУДОВО-ПСИХІАТРИЧНІЙ КЛІНІЦІ .....	69
<i>В. І. Мельник</i>	
РОЛЬ КАТАМНЕЗУ В СУДОВІЙ ПСИХІАТРІЇ НА ЕТАПІ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИМУСОВИХ ЗАХОДІВ МЕДИЧНОГО ХАРАКТЕРУ.....	70
<i>В. І. Мельник, А. В. Мельник</i>	
VIRTUAL WORLD OF ARDOUR, AS MECHANISM OF AVOIDANCE OF THE REAL DIFFICULTIES .....	71
<i>К. Аумедов</i>	
СЕКСОЛОГИЧЕСКИЙ И МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ РАКУРС ПРОБЛЕМЫ СОМАТОФОРМНЫХ РАССТРОЙСТВ У УЧАЩИХСЯ ВЫСШИХ УЧЕБНЫХ ЗАВЕДЕНИЙ И СПЕЦИФИКА ИХ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КУРАЦИИ.....	74
<i>А. В. Бессмертный, В. А. Курило, С. Б. Соломко, Е. С. Чумаченко</i>	
ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ, ПОВ'ЯЗАНІ ЗІ СТРЕСОМ, В ОСІБ НЕБЕЗПЕЧНИХ ВИДІВ ПРОФЕСІЙ.....	80
<i>С. Г. Полшкова</i>	
ДИСТРЕСС И НЕЙРОПСИХИАТРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМОКИНЕЗА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ.....	81
<i>А. А. Педак</i>	
ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ КАК ХРОНИЧЕСКОЙ ПСИХОТРАВМЫ НА КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ СОЗВИСИМОСТИ.....	88
ПСИХОЛОГІЧНА РЕАКЦІЯ ЛЮДИНИ НА ДІАГНОЗ «РАК»: ПОРУШЕННЯ МОТИВАЦІЇ ТА ЇХ СУДОВО-ПСИХОЛОГІЧНЕ ЗНАЧЕННЯ.....	91
<i>О. В. Радзевілова</i>	
ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ПСИХІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ УКРАЇНИ .....	93
<i>Є. О. Березовська, Н. П. Кризина</i>	
ПСИХОТЕРАПІЯ У КЛІНІЦІ СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ.....	101
<i>М. М. Островський, С. Я. Галушко, О. В. Панасюк</i>	
ВІРТУАЛЬНИЙ СВІТ АЗАРТУ ЯК МЕХАНІЗМ УНИКНЕННЯ ТРУДНОЩІВ РЕАЛЬНОГО ЖИТТЯ .....	106
<i>К. В. Аймедов</i>	
ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ МЕТОДИКИ ВИЗНАЧЕННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ТА СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ХОЛМСА-РАГЕ У КАРДІОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ.....	110
<i>І. В. Третяк, В. В. Чаплінська</i>	
НЕРВОВА АНОРЕКСІЯ ЯК НАСЛІДОК ХРОНІЧНОГО СТРЕСУ ТА ЇЇ ПОДОЛАННЯ МЕТОДАМИ “ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЕНГРАМ” І “КАСКАДНОЇ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ ЕНГРАМ” .....	114
<i>О. Я. Гальчук</i>	