

життя. В будь-якому разі значення якості і наповненості життя стає вирішальним в боротьбі за здоров'я людини, особливо в ситуації, коли розв'язати патогенетичні проблеми хворої людини неможливо. А от змінити якість життя на краще — можна. Ось такий парадокс. Для розуміння та вимірювання якості життя існує доволі багато шкал. Найбільш популярні — SF-36 та Q-LES-Q.

Нами була створена шкала оцінки якості життя «Оцінка якості життя» (©Чабан О. С.) — Chaban Quality of Life Scale — CQLS, яка врахувала вразливі частини вищезгаданих шкал, і протягом трьох років була проведена валідація (пілотні дослідження щодо надійності шкали в три етапи: n 31, n 62, n 149) [1, 2].

За попередніми даними осіб, наша шкала набагато внутрішньо більш узгоджена (один із параметрів надійності) в наших умовах, ніж коротка версія Q-LES-Q, незважаючи на те, що остання шкала має більше питань і нібито повинна бути більш надійною.

Найбільш неузгодженими, що слабко корелювали із загальною кількістю балів та іншими пунктами, були запитання: 4. Задоволеність любов'ю, сексуальною активністю; 8. Задоволеність умовами проживання (референтні показники для здорових молодих людей віком 20—27 років, отримані експериментальним шляхом).

Неузгодженість була пояснена не іншим конструктом як первинної гіпотези, а особливостями вибірки (молоді люди) і була гармонізована при більшій вибірці. В результаті валідації ми отримали статистично достовірне підтвердження валідності нашої шкали при перевазі її інформативності та простоті оброблення результатів.

Шкала оцінки якості життя (©Чабан О. С.)

Інструкція: Згадайте, будь-ласка, ті події, що відбувались із вами за останні 30 днів. Враховуючі їх, наскільки ви були задоволені таким із нижчепереліченого. Вкажіть ту кількість балів, яка підходить найбільше, від 0 до 10), де:

- 0 — зовсім не задоволений(а)
- 1—3 — більш незадоволений, ніж задоволений(а)
- 4—6 — посередньо
- 7—9 — більш задоволений(а), ніж незадоволений(а)
- 10 — надзвичайно задоволений(а).

1. Своїм фізичним станом?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Настроєм?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Проведенням вільного часу?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Любов'ю, сексуальною активністю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Повсякденною активністю (хобі, робота по дому та ін.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Соціальною активністю (спілкування з рідними, друзями)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Фінансовим благополуччям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Умовами проживання?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Роботою, навчанням, іншою зайнятістю?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Загальний рівень задоволеності життям?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Шкалу заповнює особа, яка проходить обстеження, самостійно.

Мінімальна кількість балів — 0, максимальна — 100.

Рівень якості життя:

дуже низький — до 56 балів включно,

низький — від 57 до 66 включно,

середній — від 67 до 75 включно,

високий — від 76 до 82 включно,

дуже високий — від 83 балів.

Джерела:

1. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. New Quality of Life Scale in Ukraine: reliability and validity Indian Journal of Social psychiatry, Vol. 32, Issue 4, Oct-Dec 2016, p. 473.

2. Chaban O., Khaustova O., Bezsheiko V. Reliability and validity of Chaban Quality of Life Scale // 29 cong. ECNP, 18—22 sep., 2016, Vienna. Post. P2h301.

УДК 616.891

Черкасова А. О.

*Харківський національний медичний університет
(м. Харків)*

Проблема психосоматичних розладів у дітей в сучасних умовах

Проблема психосоматичних розладів у дітей до теперішнього часу є актуальною в клінічній і соціальній психіатрії. Це пов'язано з високою поширеністю соматизованих розладів, що досягає 90 % серед дітей, які звернулися переважно до педіатрів, їх високим дезадаптующим впливом і недостатньою розробленістю патогенетичної терапії.

В психіатрії вирізняють численні психопатологічні розлади, що супроводжуються вираженими соматичними розладами. До психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами, що формуються в дитячому віці, належать поведінкові та емоційні розлади, що зазвичай починаються в дитячому та підлітковому віці (рубрика F9).

До симптомів психосоматичної патології в дитячому віці належать примхливість; дратівливість; гіперзбудливість; напади неслухняності й агресивної поведінки; підвищена стомлюваність; сльозливість; температурні реакції; незрозуміла сонливість.

Поширеність психопатологічних розладів, що супроводжуються вираженими соматичними розладами у дітей, зумовлена частотою психічної травматизації.

Серед дорослого населення психосоматичні розлади виявляються від 15 % до 50 %. Найчастіше спостерігаються у жінок (1—2 %), ніж у чоловіків (Karlan H. I., 1998). Початок хвороби зазвичай припадає на дитячий і підлітковий вік. Від 9,3 % до 40 % дітей страждають на психосоматичні захворювання (Brautigam W., 1984; Kruse W., 1983, I. A. Марценковський, 2010). Дві п'ятих дітей, яких спостерігають педіатри, не маючи жодних органічних захворювань, страждають на соматичні розлади. Найчастіше це — головний біль, біль в животі, біль в кінцівках (Arley J., 1968). Дедалі — умови життя відбиваються на збільшенні кількості дітей і підлітків з психосоматичними розладами і насамперед — вегетативна дистонія.

Серед дітей з психосоматичними розладами на ґрунті анатомо-фізіологічного (локалізаційного) принципу нами були виокремлені хворі з переважними і провідними порушеннями в травній (30,1 %), руховій (20,9 %) системах, з алгічними проявами (15,2 %), патологією шкірних покривів (14 %), ендокринної (11,3 %), респіраторної (3,4 %), сечовидільної (2,2 %) систем, порушеннями терморегуляції (1,9 %) і в серцево-судинній системі (1 %).

Психосоматичні розлади за якісними і кількісними характеристиками поділялися на психосоматичні реакції (14,4 %), психосоматичні стани (70,1 %) і психосоматичні захворювання (15,5 %). Психосоматичні реакції частіше (більш ніж в половині випадків) спостерігалися у дітей до 10 років, психосоматичні стани — здебільшого в шкільному та підлітковому віках, психосоматичні захворювання — починаючи з 10 років, більше в середньому і старшому підліткових періодах.

Отже, аналізуючи вищевикладене, можна зробити висновки, що проблема психосоціальних розладів у дітей в цей час є дуже актуальною і потребує розроблення комплексного підходу до терапії і профілактики. Ми вважаємо, що для поліпшення діагностики та правильного підходу в терапії психосоматичних розладів у дітей треба проводити психоосвітні тренінги для педіатрів, лікарів загальної практики — сімейної медицини.

УДК 616.89-02-07

Чугунов В. В., Городокін А. Д.
Запорожский государственный
медицинский университет (г. Запорожье)

Феномен псевдопатоморфоза психической патологии

Исследования патоморфоза психической патологии требуют комплексного анализа факторов, имеющих влияние на трансформацию структурно-динамического стереотипа психической патологии. Помимо клинического измерения процесса патоморфоза, условно разделенного на истинный (являющийся следствием воздействия комплекса этнокультуральных и социально-демографических флюктуаций, эпидемиологического дрейфа, психозологической трансформации) и терапевтический (являющийся следствием фармакотерапии как таковой, а также эволюции её методологии, сопряженной с прогрессивным расширением терапевтического инструментария), все большую представленность в дискурсивном пространстве занимает *псевдопатоморфоз* — совокупность конвенционально-номинативных и конъюнктурно-диагностических абerraций, следствием которых предстаёт коллапс традиционного модуля нозодескрипции в сфере компетенции психиатрии, сопряженный с очевидной диспропорцией популяционной представленности нозологических форм психопатологии и их формальным номинативным распределением.

Анализ контемпорального психиатрического дискурса позволяет констатировать наличие следующих факторов псевдопатоморфоза:

— дискурсивной интерсекции с отчетливой экспансией ракурсных диагностических систем (отражением которой является переход от идеографической нозодескрипции к статистической рубрификации, сопряженной с де- и ре-номинацией традиционных нозологических форм в общем нозодиссолютивном векторе);

— тенденции к диагностической инертности коморбидных форм психопатологии (следствием которой является деноминация устойчивых популяционных стереотипов ко-

морбидности при фактическом игнорировании феномена патопластической модификации).

— тенденции фармакотерапевтически центрированной диагностики (следствием которой является прагматичное педалирование синдромографического подхода к диагностике, где диагностический поиск лимитируется высотой конвергирующего «древа» выбора фармакологических средств и даже их локальным арсеналом);

— тенденции к гуманистической номинации психопатологических форм (следствием которой является фактическое устранение стигматизирующих номинаций, подводящих метафорическую черту под архаической нозодескрипцией и психозэпидемиологией, с одной стороны, с другой же — переводя дефект в *sui generis* казуистический вариант нормы).

УДК 616.895.8:347.155:347.161]-029:34

Чулков О. М.
Запори́зький державний медичний університет
(м. Запори́жжя)

Юридичні і медичні аспекти кримінально-процесуальної дієздатності давати свідчення у свідків і потерпілих, хворих на шизофренію

Судово-психіатрична оцінка здатності давати свідчення у хворих на шизофренію — маловивчена область судової психіатрії, що може бути пояснено скромним місцем у загальному обсязі експертиз (за звітними даними до 2 %).

На сучасному етапі розвитку судової психіатрії проблема експертного оцінювання хворих на шизофренію набуває великого значення, що пов'язано з особливою увагою суспільства, психіатрів, правознавців до питань захисту і розширення юридичних прав душевнохворих. Різноманіття форм клінічних проявів шизофренії, різне розуміння її нозологічної сутності і меж, варіабельність результатів захворювання, успіхи в галузі психофармакотерапії в останні роки визначили патоморфоз клінічної картини захворювання, що характеризується появою форм процесу, що мають сприятливий перебіг, з досить доброю адаптацією пацієнтів до соціуму, а в багатьох випадках ці хворі можуть цілком розумно і розважливо виконувати свої процесуальні функції.

Свідчення свідків і потерпілих на досудовому слідстві — один з найважливіших видів доказів у кримінальному процесі. Про їхнє значення свідчить той факт, що нерідко потерпілий є і єдиним свідком злочину, в зв'язку з чим його свідчення про місце, час та інші обставини злочинного діяння, особу правопорушника, характер скоєних ним дій і т. п. відіграють часом роль основного доказу. Незважаючи на те, що оцінка достовірності показань належить до компетенції суду, свідчення не повинні виключатися з поля зору експерта, оскільки можуть стати цінним матеріалом для дослідження психопатологічних особливостей хворого, що їх дає, та його процесуальної дієздатності.

Практика проведення подібного виду експертиз вказує на необхідність співвіднесення психічного стану осіб з певними юридично значущими ситуаціями: передкримінальної, кримінальної, періодом попереднього слідства і судового розгляду, оскільки його динаміка, а значить — і процесуальна дієздатність при експертному доведенні можуть відрізнятися. Крім того, варто зазначити, що до моменту розвитку кримінальних ситуацій хворі перебували на різних етапах перебігу процесу (зокрема, що визначають ступінь їх віктимогенності): розгорнутому (психотичному), пізньому