

Azərbaycan Tibb Universiteti
Azerbaijan Medical University
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
Azerbaijan Psychiatric Association

Azərbaycan Psixiatriya Jurnalı
Azerbaijan Journal of Psychiatry
Азербайджанский Психиатрический Журнал

№ 1(35)

Баки
Baku
Баку **2021**

REDAKSIYA HEYƏTİ:

BAŞ REDAKTOR
Fuad İsmayılov
t.e.d., prof.

BAŞ REDAKTORUN MÜAVİNİ
Nadir Əliyev
t.e.d. prof.

MƏSUL KATİB
Rüstəm Salayev

REDAKSIYA HEYƏTİNİN ÜZVLƏRİ

Nadir İsmayılov / *t.e.d., prof.*
Gəray Gəraybəyli / *t.e.d., prof.*
Bilal Əsədov / *t.e.d., prof.*
Teymur Qafarov / *t.e.d., prof.*

REDAKSIYA ŞURASININ ÜZVLƏRİ

Ağazadə Nazim /t.e.d. prof.	(Bakı)	Mehtiyeva Leyla /t.ü.f.d. dos.	(Bakı)
Aleksandrovskiy Y.A. /t.e.d. prof.		Morozov P.V. /t.e.d. prof.	(Moskva)
RTEA Müxbir üzv	(Moskva)	Musayev Əlişir /ə.e.x. prof.	(Bakı)
Əliyev Zakir /t.e.d. prof.	(Bakı)	Sartorius Norman /t.e.d. prof.	(Cenevrə)
Əliquliyev Araz /t.e.d.	(Bakı)	Tural Rzayev /t.ü.f.d.	(Bakı)
Əliyev Zəfər /t.e.d. prof.	(Bakı)	Rəsulov Ağahəsən /t.ü.f.d.	(Bakı)
İkram Rüstəmov /t.ü.f.d.	(Bakı)	Şirəliyeva Rəna /t.e.d. prof.	(Bakı)
Manuçeri Araz / t.ü.f.d.dos	(Bakı)	Tağıyev Mayıl / t.ü.f.d.	(Sumqayıt)
Key Levent /t.e.d. prof.	(İstanbul)	Krasnov Valeriy /t.e.d. prof.	(Moskva)
Mahalov Şərif /ə.e.x. prof.	(Bakı)	Naneişvili Georgiy /t.e.d. prof.	(Tbilisi)

- **Bədii tərtibatçı:** Yavər Əsədov
- **Art dizayner:** Akif Dənzizadə
- **Korrektor:** Cəmilə İsmayılova

Lisenzia: AB №022269. Sayı: 300

Təsisçi: Azərbaycan Tibb Universiteti
Azərbaycan Psixiatriya Assosiasiyası
(*Jurnal 1999-cu ildən, ildə 2 dəfə dərc olunur*)

Redaksiyanın ünvanı: AZ0154, Bakı, Hidayətzadə küç. 16,
tel: 566-24-09, fax: 567-82-32
www.apj.az
E-mail: fuadismayilov@psychiatry.az

PSIXIATRİYA * PSYCHIATRY * ПСИХИАТРИЯ

N.A.Əliyev, Z.N.Əliyev

Posttravmatik stress pozuntularının klinikası,
diaqnostikası və terapiyası 5

Əliyev N.A., Əliyev Z.N.

Qida davranış pozuntularının klinikası, diaqnostikası və terapiyası 16

Искендерзаде А.Э.

Исследование распространенности Предменструального Дисфорического Расстройства у подростков с Расстройством Аутистического Спектра 34

Эльдарова Н.Н., Асадов Б.М., Вагабов Н.Э.

Анализ аутоагрессивных действий и их мотивов,
совершенных лицами с расстройствами личности 48

Fərəcli O.V.

Xroniki virus hepatitinə (HVC, HBV) yoluxmuş hemodializ
xəstələrində depresiya, təşviş və stress səviyyəsinin ölçülməsi 64

Zhi Xuan Low, Keith A. Yeo, Vijay K. Sharma et al.

Terapiya və cərrahiyyə rezidentlərində Tükənmə sindromunun
yayılması. Meta-analiz. 69

**PSİXİ SAĞLAMLIQ XİDMƏTLƏRİ * MENTAL HEALTH SERVICES *
СЛУЖБЫ В ОБЛАСТИ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

Асадов Б.М., Исмаилова Дж.Ф.

Потребности больных шизофренией находящихся
на различных стадиях выздоровления 93

Galyna Naumenko

Developing a patient-oriented approach in medicine. A clinical case of
using a motivational interview and a shared decision-making model ... 106

**PSİXONEVROLOQİYA * PSYCHONEUROLOGY *
ПСИХОНЕВРОЛОГИЯ**

Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В., Касумов В.Р.,

Охрим И.В., Гусейнов Б.А

Актуальные направления исследований в рамках концепции персон-
ализированной терапии эпилепсии у детей 123

Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В., Касумов В.Р.

Анализ показателей прогестерона в крови детей с эпилепсией 135

NARKOLOQİYA * ADDICTION PSYCHIATRY * НАРКОЛОГИЯ

O.R.Səfərov, P.P.Məmmədov, V.V.Feyziyev, M.A.Mustafayev

Müxtəlif psixoaktiv maddələrin birlikdə istifadə edilməsinin –
Poliasılılıq tibbi və sosial nəticələri 146

Мамедов П.П., Мустафаев А.М.

Особенности наркоситуации в г.Баку 150

**Posttravmatik stress pozuntularının klinikası,
diaqnostikası və terapiyası**

N.A.Əliyev¹, Z.N.Əliyev²

**Клиника, диагностика и терапия посттравматических
стрессовых расстройств**

Н.А.Алиев, д.м.н., З.Н.Алиев

Clinic, diagnosis and therapy of posttraumatic stress disorders

N.A.Aliyev, Z.N.Aliyev

¹Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutunun psixiatriya və narkologiya kafedrasının professoru

²Azərbaycan Tibb Universitetinin psixiatriya kafedrasının professor

E-mail: alivnadir@yahoo.com

Обоснование. Как и во всех войнах, после войны в нашей стране у некоторых комбатантов можно встретить посттравматическое стрессовое расстройство (PTSP). Главной мировой целью посттравматического стрессового расстройства (PTSP) у некоторых комбатантов после войны было исследование клинического, диагностического и терапевтического использования литературных источников и личного опыта авторов.

Материалы и методы. У 15 пациентов в возрасте 19-35 лет был диагностирован посттравматический стресс. Описание имеющихся литературных данных и личных наблюдений в клинике диагностики и терапии посттравматического стрессового расстройства. Критерии диагностики посттравматического стрессового расстройства были такими же, как для МКБ-10, а также для DSM-5.

Полученные результаты. Результаты нашего исследования совпадают с данными основной литературы, особенно с ингибиторами обратного захвата серотонина. Ограничение кейса состоит в том, что количество участников исследования невелико.

В будущем к исследованию следует привлечь больше людей и проводить посттравматическое лечение среди женщин и семей свидетелей. Продолжительность лечения, в том числе амбулаторно, может составлять от 6 недель до 6-12 месяцев.

Заключение. Продолжительность лечения должна составлять 6-12 месяцев, включая амбулаторную, поддерживающую терапию. Наблюдаемое клиническое наблюдение свидетельствует о высокой эффективности препаратов СИОЗС в терапии посттравматического стрессового расстройства.

Ключевые слова: *PTSP, диагностика, терапия.*

Background As in all wars, after the war in our country, post-traumatic stress disorder (PTSP) can be found in some combatants. A major worldwide goal of post-war post-traumatic stress disorder (PTSP) in some combatants has been to research the clinical, diagnostic, and therapeutic use of literature and authors' personal experiences.

Materials and methods. Post-traumatic stress was diagnosed in 15 patients aged 19-35 years. Description of the available literature data and personal observations in the clinic for the diagnosis and treatment of posttraumatic stress disorder. The diagnostic criteria for PTSD were the same as for the ICD-10 as well as for the DSM-5.

Results. The results of our study are consistent with those of the main literature, especially with serotonin reuptake inhibitors. The limitation of the case is that the number of participants in the study is small. Future research should involve more people and provide post-traumatic treatment for women and families of witnesses. The duration of treatment, including on an outpatient basis, can range from 6 weeks to 6-12 months.

Conclusion. The duration of treatment should be 6-12 months, including outpatient maintenance therapy. The observed clinical observation indicates the high efficacy of SSRI drugs in the treatment of post-traumatic stress disorder.

Key words: PTSD, diagnostics, therapy.

Giriş. Əvvəlcə posttravmatik stress pozuntularının (PTSP) klinikası, diaqnostikası, sonda isə şəxsi müşahidə, müalicə metodlarından bəhs edəcəyik XBT-10 və DSM- 5 meyarlarına təsvir veriləcək [1-5]. Sonda isə şəxsi müşahidə, müalicə metodlarından bəhs edəcəyik

Ali baş komandan, ölkəmizin rəşadətli ordusu və xalqımızın bir yumruq birliyi erməni faşizminin əsarəti altında olan əzələli Azərbaycan torpaqlarını 44 günlük Vətən müharibəsi ərzində düşməndən azad etmişdir. Bu hadisə Azərbaycan tarixinin ən şanlı hadisəsidir.

Bununla belə, bütün müharibələrdə olduğu kimi, ölkəmizin Vətən müharibəsindən sonra bəzi döyüş iştirakçılara arasında posttravmatik stress pozuntularına (PTSP) rast gəlmək mümkündür. Bununla əlaqədar PTSP klinikası, diaqnostikası və terapiyasını araşdırmaq müasir Azərbaycan psixiatriyasının ən ümdə vəzifələrindən biri olaraq böyük aktualıq kəsb edir.

Bu araşdırmada zamanı həm dünyada bu məsələ ilə əlaqəli ən aktual ədəbiyyat materiallardan [], həm də müəlliflərin şəxsi kliniki təcrübəsindən istifadə edilmişdi.

Əvvəlcə psixi travma anlayışını izah etmək lazımdır. Psixi travma və ya psixoloqların dediyi kimi psixoloji travma, həddindən artıq stressli bir hadisə nəticəsində meydana gələn bir vəziyyətdir. Belə bir hadisə mütləq həm şəxsin, həm də digər insanların, məsələn, onun qohumlarının həyatı və ya fiziki bütövlüyü üçün təhlükə yaradır.

İşin məqsədi. posttravmatik stress pozuntularının klinikası, diaqnostikası və terapiyası ədəbiyyat və müəlliflərin şəxsi təcrübəsi əsasında işlənib hazırlanması.

Material və nəticə. Posttravmatik stress pozuntularının klinikası, diaqnostikası XBT-10 və DSM- 5 əsasən təyin edilmişdi. Yaşı19-35 arasında olan kişi cinsinə aid xəstə müşahidə edilmişdir. Onların hamısı Vətən müharibəsi iştirakçıları olmuşlar. Müharibədən tərxis olunanda bir neçə ay sonra bizə müraciət etmişlər. İştirakçıların 10 nəfəri subay, beş nəfəri isə evli olmuşlar. Onlarda 5 nəfəri ali, 10 nəfəri isə orta və ya orta ixtisas təhsili almışlar. Həmin şəxslə psixiatra müstəqil sürətdə və öz razılıqları əsasında müraciət etmişlər. Bütün müayinə olunanlarda kəskin PTSR stress pozuntusu diaqnozu təyin edilmişdi. Beləliklə xəstələrin psixi vəziyyətləri istə XBT-10 və DSM_ təsvir edilmiş PTSP meyarlarına cavab vermişdir. Xəstələrin müalicəsinə əsasən SGASI-Sertiralin və SNGASI-Venlafaksindən istifadə olunmuşdu. Müalicənin müddəti 3-6 ay davav etmişdi. Müalicənin sonunda PTSR pozuntuları aradan qaldırılmışdı.

Müzakirə

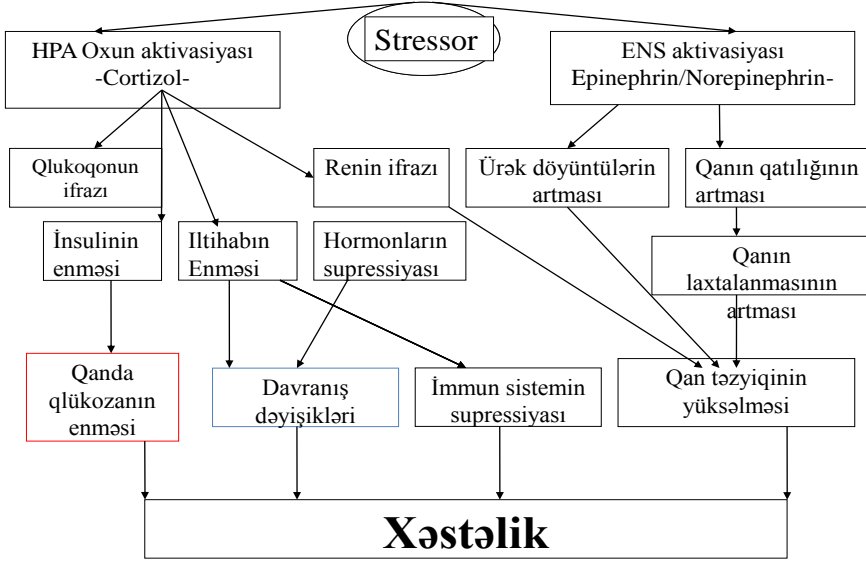
Bədənin stressli vəziyyətlərə, onların forma və müddətinə qeyri-spesifik reaksiyaları

Vəziyyətlər	Reaksiyalar	Reaksiya formaları	Müddəti
Ekstremal Həddindən artıq stressli hadisə	Affektiv şok reaksiyaları	Hiperkinetik, hipokinetik, yarımkəskin affektiv psixozlar	Bir neçə dəqiqədən üç günə qədər
Ekstremal Həddindən artıq stressli hadisə	Reaktiv psixozlar	Histerik psixoz, reaktiv paranoial sayıqlama, reaktiv paranoial	Bir neçə ay zamanında
Həddindən artıq stressli hadisə, uzanan stress	Şiddətli stress və uyğunlaşma pozuntularına reaksiyalar	Qısamüddətli, uzadılmış, qarışıq bir təşvişli-depressiya	İki-üç aydan yarım ilə qədər

Gördüyünüz kimi, insanların stressli vəziyyətlərə reaksiyaları bir çox amillərdən asılıdır: situasiya (vəziyyətin əhəmiyyəti və gücü) və fərdi (mənəvi, emosional, semantik, dəyər, şəxsiyyət inkişafının əqli səviyyəsi). Şəxsiyyət münasibətləri sistemi (dünyaya, digər insanlara qarşı) nə qədər uyğunsuz olsa, bir sıra nevroitik, somatik və psixotik pozuntularda özünü göstərən psixi zəifləmə prosesləri daha intensivdir.

Stresslə əlaqədar pozuntular

Stressor



Bu qrupda olan pozuntuları düzgün anlamaq üçün stress anlayışına aydınlıq gətirilməlidir. Stress sözünün mənası ingiliscə *stress* zülm, təzyiq, sıxıntı, əziyyət, əzab deməkdir. Stress orqanizmin təsirlərə (fiziki və psixoloji) qarşı qeyri-spesifik (ümumi) reaksiyası olaraq, onun hemeostazını pozur. Tibbdə, fiziologiyada və psixologiyada stressin müsbət (eustress) və mənfi (disstress) formalara ayrılır.

Təsir xarakterinə görə psixi, istilik və ya soyuqluq, işıqlıq, antropogen və s. ayrılır. Stress terminin ilk dəfə fiziologiya və psixologiyaya 1923-cü ildə Uolter Kennon gətirmişdir - mübarizə aparmaq və ya qaçmaq (ingiliscə *fight or-flight response*). Stressin fiziologiyasını Kanada alimi Hans Selye 1936-cı ildə araşdırmışdır. Stressin 3 fazasının təsvirini vermişdir: 1. Həyəcan reaksiyası (uyğunlaşma imkanlarını səfərbər etmək). 2. müqavimət qabiliyyəti mərhələsi. 3. Üzölmə (tükənmə) mərhələsi. Baxmayaraq ki, az ağır psixososial stress (həyat şəraiti) bu sinifdə göstərilmiş xəstəliklərin başlanmasını sürətləndirə bilər və ya geniş spektr pozuntuların yaranmasına səbəb ola bilər, onun etioloji əhəmiyyəti həmişə aydın deyil və hər bir halda fərddən asılılıq, tez-tez onun yüksək həssaslığından və zəifliyindən asılılıq etiraf olunacaq (başqa sözlə, həyat hadisələri pozuntusunun yaranmasını və formasını izah etmək üçün vacib və kifayət deyildir).

Bu rubrikada toplanmış pozuntular, əksinə həmişə bilavasitə kəskin ağır stressin və ya uzunmüddətli travmanın səbəbi kimi baxılacaq. Stress hadisələri və ya uzunmüddətli əlverişsiz şərait birincili və ya üstünlüyə malik səbəb faktoru olurlar və pozuntu onların təsiri olmadan yaranı bilməz. Göstərilən pozuntular qrupu digər qruplardan onunla fərqlənir ki, bu qrupa təkcə simptomatika və gedişin xarakteri əsasında deyil, həmçinin bir və ya hər iki səbəbin: - kəskin stress reaksiyasına səbəb olmuş həddindən artıq xoşagəlməz həyat hadisəsi və ya uzunmüddətli xoşagəlməz şəraitə və adaptasiya pozuntusuna səbəb olmuş həyatda baş vermiş əhəmiyyətli dəyişikliklərin təsirinin aşkar görünməsi əsasında təsnif olunan pozuntular daxil edilib.

Beləliklə, bu rubrikada təsnif olunan pozuntular ağır və ya uzunmüddətli stressə qarşı uyğunlaşma reaksiyası kimi baxıla bilər, bu zaman onlar stressin öhdəsindən gəlməyə mane olurlar və nəticə etibarlı ilə sosial funksiya yerinə yetirmə problemlərinə səbəb olurlar.

F 43.0 Stressə qarşı kəskin reaksiya. İnsanda qeyri-adi fiziki və ya psixi stressə qarşı cavab olaraq, psixi pozuntuların digər əlamətləri olmadan yaranan və adətən bir neçə saatdan və ya gündən sonra sönən keçici pozuntudur. Stress reaksiyalarının yaranmasında və ağırlığında, fərdi tez təsirlənmə və özünü idarə etmək qabiliyyəti böyük əhəmiyyətə malikdir. Simptomlar tipik qarışıq və dəyişkən mənzərəyə malik olurlar və bir qədər düşüncə və diqqət sferasının daralması ilə, qıcıqlandırıcıları tam dərk etməyin qeyri-mümkünlüyü ilə və dezorientasiya ilə ilkin «heyvət» halından ibarət olurlar. Bu hal növbəti ətraf situasiyadan «uzaqlaşma» ilə (dissosiativ stupor halına qədər - F44.2) və ya həyəcan və yüksək aktivliklə (uçuş və ya fuqa reaksiyası) ilə müşayiət oluna bilər. Adətən vələvə pozuntusunun ayrı-ayrı əlamətləri mövcud olur (taxikardiya, həddən artıq tərləmə, qızarma).

Simptomatika adətən stress stimullarının və ya hadisənin təsirindən bir neçə dəqiqə sonra yaranır və 2-3 gündən sonra (çox vaxt bir neçə saatdan sonra) sönür. Stress hadisəyə qarşı hissəvi və ya tam amneziya (F44.0) mövcud ola bilər. Əgər yuxarıda göstərilmiş simptomatika davamlıdırsa, diaqnozu dəyişmək lazımdır. Kəskin: krizis reaksiyası; stressə qarşı reaksiya; Krizis halı; Psixi şok

Ağır stressə qarşı reaksiya və adaptasiyanın pozuntusu XBT-10 üzrə kodları

F43. Ağır stressə qarşı reaksiya və adaptasiyanın pozuntusu.

F43.0. Kəskin stressə reaksiya.

F43.1. Posttravmatik stress pozuntusu.

F43.2. Uyğunlaşma reaksiyalarının pozuntusu.

F43.8. Ağır stressə qarşı digər pozuntular.

F43.9. Ağır stressə qarşı dəqiqləşdirilməmiş pozuntular.

Posttravmatik stress pozuntuları (PTSP). Fövqəladə hallar zamanı kəskin psixogen reaksiyalar (kəskin stress pozuntuları) nisbətən az rast gəlinir. Amma, təbii fəlakət, bədbəxt hadisə, müharibə yerlərində olan (hətta belə fiziki zədə olmadıqda) şəxslərin təəssüratlarında iz buraxır. PSR fərqi ondan ibarətdir ki, bu vəziyyət böyük insan kütləsi arasında ümumi, həyat üçün təhlükəli vəziyyətlərdən sonra əmələ gələrək, uzun müddət keçməsinə baxmayaraq, fərdi psixogeniya kimi qalmaqda davam edir.

PTSR ilk dəfə ABŞ Vyetnam müharibəsindən qayıtmış hərbiçilər arasında üzün müddət araşdırmadan sonra təsvir edilmişdi. Bu zaman PTSD digər qeyri psixotik səviyyədəki pozuntulardan ayırmaq üçün meyarlar işlənib hazırlanmışdır.

Posttravmatik stress pozuntular üçün risk faktorları

- Göstərilən travmadan əvvəl travma keçirmək
- Keçmişdə PTSD
- Keçmişdə depressiya
- Keçmişdə həyəcan pozuntuları
- Valideynlər arasında həyəcan (prenatal dövr də daxil olmaqla PTSD)
- Prenatal bağlılığı ayırmaq
- Travmaya məruz qalma şiddəti (kəskin simptomlardan qabaqcadan xəbər verir)
- Premorbidə yüksək ağıl qoruyucu ola bilər

Posttravmatik stress pozuntuların bioloji modelləri

- Limbik hiperaktivlik (amygdala, singulat) və beyin qabığıının (prefrontal, Brok sahəsi) travmatik stimullara qarşı həssaslığının enməsi
- Hipotalamo-pituituar-adrenal oxunun requlyasiyasının pozulması
- Noradrenerjik aktivləşdirilməsi
- Yüksək fizioloji cavab
- Endogen opioidlərin requlyasiyasının pozulması
- Serotoninin modulyasiya requlyasiyasının pozulması
- Hippokampal toksiklik

Posttravmatik stress pozuntularının meyarları

- Stress vəziyyətini faktının təbii fəlakət, bədbəxt hadisə, müharibə zamanı baş
- verdiyi müəyyən edilir;
- həyatı təhlükəli yerlərdə baş veriş vəziyyətləri sayrışan şəkildə yada salınır (reminissensiya);
- Başlarına gəldikləri hadisələri əzab verici yuxu şəklində görürlər;

- Emosional yükü çəkməkdən qaçmağa can atırlar;
- Əzab verici yada salmalar qorxusu (“faciəni ifa etmək”), bunun nəticəsində qərarların qəbulunu kənara qoymaq, saxlamaq, ətraf mühitlə təmasdan qaçmaq baş verir;
- Nevrastenik pozuntular kompleksi, tez qıcıqlanmanın üstünlüyü, diqqətin cəmlənməsinin və “fəaliyyət tonusunun” enməsi, ayrı-ayrı patoxarakteroloji əlamətlərin stigmatizasiyası və psixopatik pozuntuların formalaşmasına meyl, antisosial epizodlar psixoaktiv maddələrdən sui-istifadə, rəsmi şəxslərə qarşı hörmətsizlik, xüsusən keçirilmiş faciəyə imkan vermiş şəxslərə və s.).

Yuxarıda sayılan meyarlar yalnız PTSP üçün xas deyil, amma onların birlikdə olması PTRS üçün tipik mənzərə yaradır. Kilinki baxımdan, PTSP əsas psixopatoloji qeyri psixotik pozuntuların bütün “fenomenoloji yığımina” rast gəlmək mümkündür. PSR sərhəd psixi pozuntularının ayrıca bir növü kimi ayrılması, bu və ya digər baş vermiş hadisədən sonra onun proqnozunu və sosial reabilitasiya tədbirlərinin aparılması ilə əlaqədardır.

PTSP başlanğıcına və müddətinə görə üç varianta ayrılır:

- Kəskin PSR (müddəti 1-3 aydır; birbaşa həyatı təhlükəli hadisədən sonra baş verir, 1 aydan az davam edir, bunun qiymətləndirilməsi stressə kəskin reaksiya çərçivəsində aparılmasına əsas verir);
- Xroniki PSR (müddəti 3 aydan çox olur);
- Başlanması yubadılmış (rezidual) PSR (xarakter əlamətlərin təzahürü psixi travmanın təsirindən 6 aydan sonra başlayır).

Posttravmatik stress pozuntuları müalicə prinsipləri

Müalicə ambulatoriya şəraitində aparılır. Kəskin ifadə olunmuş adaptasiya pozuntularında, suisidal fikirlərdə, təcavüz və ya dağıdıcı davranışda, psixoaktiv maddələrdən sui-istifadə zamanı stasionara qoymaq məsləhətdir.

PTSP pozuntularının çətin müalicə. Pozitiv əlamətlərin müalicəsi (məsələn, gecə qorxular), neqativ ((məsələn “sosial” uzaqlaşma) nisbətən daha asandır. Farmakoterapiya üçün yüksək dozalarda antidepressantlar (tisiklik, MAOI, SGASİ), karbamazepin, natrium valproat və litiumu preparatları tətbiq olunur.

SGASİ sertralin, paroksetin, essitalopram, fluksetin, fluksamin istifadə edilir. Həyəcanı və yuxusuzluğu aradan qaldırmaq üçün benzodiazepinlər və yuxugətiricilər tətbiq olunur. Müalicəyə hallarda neyroleptiklər təyin edilir. Aktivlik enən və apatiya təzahürləri olduqda pirindol, pipofizen, mekloramid; kəskin və tez-tez həyəcan epizodlarında – tianeptin, mianserin, trazogon tövsiyə olunur. Müalicənin müddəti adətən 6-12 aydır (8 həftədən az olmamalı).

Psixoterapiya: 1. Relaksasiya metodları; 2. Koqnitiv-davranış; 4. Ailəvi konsultasiya; 5. Sosial kömək (ailəvi və qrup psixoterapiyası formasında).

PTSP əsas təzahürləri və simptomları

Somatik	Koqnitiv/ psixi	Emosional	Davranış
Üşütmək • Tənəffüs çətinləşməsi • Başgicəllənmə • Yüksək qan təzyiqi • Bayılma • Yorğunluq • Dişlərin qıcırdatmaq • Baş ağrısı • Dəhşət • Ürək bulanması • Ağrı • Çox tərləmə • Ürək döyüntüsü • Qıcolmalar • Zəiflik	Başqa insanları günahlandırmaq • Psixi qabiliyyətin azalması • Düşüncənin qarışıqlığı • Həddindən artıq sayıqlıq • Ətraf mühitdə bələdlilik qabiliyyətinin güclənməsi və ya pisləşməsi • Obsessiv obrazlar • Yaddaş problemləri • Gecə vahimələri • Mücərrəd təfəkkürün pozulması • Yaddaş zəifliyi • Diqqətin azaldılması • Qərarlar qəbul etməkdə çətinlik çəkmək • Problemləri həll etməkdə çətinlik	Narahatlıq • Yüksək sayıqlıq • Qacınmaq • Depressiya • Emosional şok • Qorxu • Məyusluq vəziyyəti • Kədər • Günahkarlıq hissi • Uyğun olmayan emosional reaksiya • Qıcıqlanma • Emosiyalar üzərində nəzarətin itirilməsi	Alkoqoldan sui-istifadə • Antisozial davranış • Gündəlik fəaliyyətlərdə dəyişiklik • Ünsiyyətdəki çətinliklər • Cinsi davranışdakı dəyişikliklər • Danışığa davranışdakı dəyişikliklər • Emosional partlamalar • Dincələ bilməmək • İştahadakı dəyişiklik • Yüksək həyat tempi • Təşviqlərə həddindən artıq reaksiya vermək • Şübhəlilik. • Sosial özünü təcrid

PTSP olan döyüşçülərdə farmakoterapevtik müdaxilələrin qiymətləndirilməsi

Əhəmiyyətli faydalar	Bəzi üstünlüklər	Faydaları bilinmir	Faydaları yoxdur
SGASI <i>Sertiralin</i> <i>Paroksetin</i> <i>Fluksetin</i> SNGASI <i>Venlafaksin</i>	İMAO (fenelzin)* Mirtazapin Nefazadon* Trisiklik antidepressanlar	AAP (monoterapiya kimi) AAPI (əlavə- tamamlayıcı terapiyada) Bupropion Buşpiron Klonidin Tipik AP Qabapentin Lamotrijin Qeyri-benzodiazepinlər hipnotiklər Propranolol Trazadon (əlavə- tamamlayıcı terapiyada)	Benzodiazepinlər (zərər vurur) Quanfasin Risperidon Tiaqqabin Topiramət Valproatlar
<p>Qeyd: * - Dərman və pəhriz qarşılıqlı təsirlərinə daha çox diqqət yetirilməlidir.</p>			

Nəticələr. PTSP –Fəaliyyətinin enməsi, tez-tez intihar fikirləri və yüksək komorbidlik dərəcələri ilə xarakterizə olunan şiddətli və xroniki bir həyəcan pozuntusudur. SGASİ PTSP müalicəsində və çoxsaylı klinik sınaqlarda PTSP üçün ilk müalicə xətti hesab olunur. Beləliklə, sertralin və paroksetin, FDA tərəfindən təsdiqlənmiş yeganə antidepressantlardır və PTSP üçün ən çox tədqiq olunan SGASİ. Bütün digər dərmanlar etikətdən kənar (off-label) istifadə olunur. Sertralin və paroksetinə əlavə olaraq SGASİ fluoksetin PTSP xəstələri üçün birinci xətt müalicə üçün təyin edilir. SGASİ tövsiyə edilmədiyini və ya təsirsiz olduğu təqdirdə SNGASİ ikinci dərəcəli müalicə variantı olaraq qəbul edilməli olduğu vurğulanmalıdır. Beləliklə, venlafaksin PTSP müalicəsində təsirli olduğu göstərilmişdir. Atipik antipsixotiklər PTSP üçün FDA tərəfindən təsdiqlənməsə də, xəstəliyin ağır gedişatı və ya ifadə olunmuş psixotik simptomlar üçün istifadə edilə bilər..

2008-ci ildə, Mohamed və Rosenheck [6] psixotrop dərmanların istifadəsinin müddəti və dəyişkənliyini təyin etmək üçün müharibə veteranları tərəfindən il ərzində PTSP ilə əlaqədar dərmanları təyin etdilər. Xəstələrin 80% -nin psixotrop dərmanlar aldıklarını müəyyən etdilər: 89% - antidepressanlar,

61% - anksiyolitiklər və ya yuxu həbləri və sedativ dərmanlar, 34% - antipsixotiklər. Nəticədə müəlliflər belə bir nəticəyə gəldilər ki, təyin olunan dərmanların böyük bir hissəsi, çox güman ki, xəstəliyin özünü müalicə etməkdən daha çox, müəyyən simptomlara (məsələn, yuxusuzluq, narahatlıq, kabus və ya çirpintılara) yönəldilmişdir. Buna görə PTSD-nin müxtəlif simptomlarının dinamikasına psixotrop dərmanların təsirini təyin etmək üçün bu cür simptomatik müalicənin effektivliyinin yeni tədqiqatları lazımdır

Bundan əlavə, son zamanlarda PTSP etioloji müalicəsinin axtarışına böyük diqqət yetirilmişdir. Patofiziologiya sahəsində əsas tədqiqatlara əsaslanaraq müasir diaqnostik imkanlar sayəsində TSSB psixofarmakoterapiyasına inqilabi yeni yanaşmalar inkişaf etdirilir.

Kortikotropin sərbəst buraxan amil (CRF) qorxu, narahatlıq, stress reaksiyasının əsas tənzimləyicisidir və HPA-nı idarə edir. Tədqiqatın nəticələri göstərdi ki, oksitosin, CRT3 nüvə səviyyəsini modulyasiya edərək CRF geninin ifadəsini idarə edir və bununla da kəskin stress reaksiyasının başlanğıc mərhələsində CRF sintezini zəiflədir / ləngidir. Ümumiyyətlə, oksitosinin CRF geninə təsir göstərərək sistemin stressə kəskin reaksiyasını modullaşdırdığı qənaətinə gəlmək olar. Beləliklə, CRT3 fəaliyyətini hədəf alan oksitosin kimi dərmanlar, stresslə əlaqəli pozuntularının müalicəsində yeni namizədləri təmsil edə bilər.

Intranazal oksitosin PTSP inkişafı ilə əlaqəli risk faktorlarını birbaşa həll etdiyi üçün, travmadan sonrakı dövrlərdə PTSP qarşısının alınması və müalicəsi üçün perspektivli yeni bir strategiyadır. PTSP patofizioloji əsasını oyanmanın həddən artıq üstünlük təşkil etməsi ilə əlaqələndirilir. PTSP patoloji dəyişikliklər, ehtimal ki, eksitotoksiklik fenomeninə əsaslanır. Qlutamin turşusunu nəqlində və metabolizmində üzvi selen iştirak edir. PTSP qarşısını almaq və şiddətini azaltmaq üçün üzvi selen 6 ay umüddətə gündə 200 mq dozada təsiyə edilir.

Serotonin geri alınmasının inhibitorları (SSRIs.)

Ümumi göstəricilər: Birinci-xətt müalicə; yaxşı dözmək, gündəlik dozası bir dəfə vermək; effektivliyi sənədləşdirilmiş: Sertralin: Digər SSRI oxşar effektivliyini Venlafaksin, mirtazapin

Digər antidepressanlar ; Trisiklik antidepressanlar; Monoamine oksidaz inhibitorları: Özəlliklə müdaxilə simptomları (öz fikirlərinin zorla qəbul etdirilməsi) üçün tricyclidlərdən üstün ola bilər digər dərman preparatları

Digər dərmanlar. Ümumi göstəricilər: Birinci-xətt müalicə adekvat deyil; PTSP comorbid pozuntularda əlavə müalicə, Prazosin, Atipik antipsixotiklər, Clonidine, Lithium, Buspirone; Antikonvulsanlar (karba-ma-zepin, valproat, lamotrijin tiagabine, topiramate, levetiracetam, dilantin); Amitiriptilin, Triiodothyronine, Trazodone; Benzodiazepinlər, diphenhydramine: yuxu pozulması zaman.

Yekun. Apardığımız araşdırmanın nəticələri əsas ədəbiyyat məlumatları ilə üst-üstə düşür, bu xüsusən serotoninin geri alınmasının inhibitorları aid edilir. İşin məhdudiyyəti ondan ibarətdir ki, araşdırmada iştirak edənlərin sayı azlıq təşkil edir. Gələcəkdə araşdırmaya daha çox insanın cəlb edilməsi və PTSP qadınlar və şahid ailələrinin arasında aparmaq lazımdır. Müalicənin müddəti ambulator, o cümlədən dəstəkləmə müalicəsinin müddəti bit həftədən 6-12 aya qədər davam edə bilər.

ƏDƏBİYYAT

1. [Психиатрия. Национальное руководство](#)/под ред. Под ред. Ю.А. Александровского, Н.Г. Незнанова М.: GEOTAR-Медиа, 2018, 1008 с.
2. Франкова И.А. Современные тенденции в диагностике и лечении посттравматического стрессового расстройства (обзор). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2016; 01: 52-60
3. **ICD-10-CM Browser Tool** <https://icd10cmtool.cdc.gov/>
4. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
5. KAPLAN & SADOCK'S. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY V O L U M E I / I I T E N T H E D I T I O N. 2017. Wolters Kluwer. 12754 pp.
6. Mohamed S, Rosenheck RA. Pharmacotherapy of PTSD in the U.S. Department of Veterans Affairs: Diagnostic- and Symptom-Guided Drug Selection. 1. J Clin Psychiatry 2008; e1–7.

Qida davranış pozuntularının klinikası, diaqnostikası və terapiyası

Əliyev N.A., Əliyev Z.N.

Клиника, диагностика и терапия расстройств пищевого поведения

Алиев Н.А., Алиев З.Н.

Clinic, diagnosis and therapy of eating disorders

Aliyev N.A, Aliyev Z.N.

ATU-nun psixiatriya kafedrası
E-mail: aliyevnadir@yahoo.com

Обоснование. Анализ литературных данных показывают большой показатель смертности вследствие нарушения пищевого поведения.

Цель. Проанализировать существующие литературные и собственные данные по клинике и терапии нарушения пищевого поведения.

Материал и методы. Описания существующих литературных данных и личные наблюдения по диагностики и терапии нарушения пищевого поведения. Критерий диагностики нарушения пищевого поведения проводились как по МКБ-10, так и по DSM-5/

Результаты. Нервная анорексия чаще встречается среди расстройств пищевого поведения. Нервная анорексия наблюдается у девочек и женщин репродуктивного возраста. В последние годы появился ряд новых подходов к терапии, но внедрение их в практику в текущий период преждевременно. В своей практике мы использовали кломипрамин и депакин-хроно.

Заключение. Проведенное клиническое наблюдение свидетельствует о высокой эффективности комбинации кломипрамина и депакин-хроно в терапии нервной анорексии.

Ключевые слова: *нервная анорексия, диагностика, терапия.*

Background. Analysis of literature data shows a high mortality rate due to eating disorders.

Aim. Analyzing the existing literature and our own data on the clinic and therapy of eating disorders.

Material and methods. Descriptions of the existing literature and personal observations on the diagnosis and treatment of eating disorders. The criterion for the diagnosis of eating disorders was carried out both according to ICD-10 and DSM-5.

Results. Anorexia nervosa is the most common eating disorder. Anorexia nervosa is observed in girls and women of reproductive age. In recent years, a number of new approaches to therapy have appeared, but their introduction into practice is currently premature. We used clomipramine and depakin-chrono in our practice.

Conclusion. The above clinical observation indicates the high efficiency of the combination of clomipramine and depakin-chrono in the treatment of anorexia nervosa.

Key words: *anorexia nervosa, diagnosis, therapy.*

Əvvəlcə XBT-10 və DSM- 5 görə qida qəbulu pozuntuları, sonda isə şəxsi müşahidə, müalicə metodlarından bəhs edəcəyik [1,2, 3, 4].

F50.0 Sinir anoreksiyası. Pasient tərəfindən qəsdən bədən çəkisinin azaldılması və bu şəkildə saxlanması ilə xarakterizə olunan pozuntudur. Bu pozuntu bir qayda olaraq yeniyetmə yaşlı qızlarda və cavan qadınlarda müşahidə olunur, lakin yeniyetmə oğlanlar, cavan kişilər, həmçinin uşaqlar (pubertat dövrə yaxınlaşan) və yaşlı qadınlar (menopauza başlanmasına qədər) bu pozuntuya cəlb oluna bilərlər. Pozuntu piylənmədən və bədənin bürüşüklüyündən spesifik psixopatoloji qorxu ilə müştərək olur və bu bezikdirici ideyaya çevrilir və nəticədə pasientlər özləri üçün bədən çəkisinin aşağı sərhədini təyin edirlər. Bir qayda olaraq, müxtəlif ikincili endokrin və mübadilə pozuntuları və funksional pozuntular mövcud olur. Simptomatikaya pəhrizin məhdudlaşdırılması, həddən artıq fiziki gərginlik, qusma törədici, işlədici və sidik qovucu preparatların, həmçinin iştahı azaldan preparatların qəbulu daxildir.

F50.1 Atipik sinir anoreksiyası. Sinir anoreksiyasının bəzi əlamətlərinə uyğun olan, lakin klinik mənzərəsi bu diaqnozu qoymağa imkan verməyən pozuntudur. Yuxarıda göstərilən pozuntunun amenoreya və piylənmədən hədsiz qorxma kimi əsas simptomlardan biri və arıqlamağa yönəlmiş davranış, bədən çəkisinin aşkar itirilməsi zamanı mövcud olmaya bilər. Əgər bədən çəkisinin itməsini törətmiş somatik xəstəliyin olması haqda məlumat varsa, bu diaqnozu qoymaq olmaz.

F50.2 Sinir bulimiyası. Təkrari, çox yemək tutmaları ilə və bədən çəkisinin nəzarəti haqda narahatçılıqla xarakterizə olunan sindrom. Bu, qusma törənməsi və işlədici preparatların istifadəsi ilə müşahidə olunan çox yemək üslubunun yaranmasına gətirir. Bu pozuntu, öz bədən quruluşuna, və kütləsinə yüksək narahatçılıq daxil olmaqla, sinir anoreksiyası ilə çoxlu ümumi əlamətlərə malikdir. Təkrari qusmalar elektrolit balansının pozulmasına və somatik ağırlaşmalara səbəb olur. Tez-tez (lakin həmişə yox) pasientin anamnezində bir neçə aydan, bir neçə ilə kimi davam etmiş, əvvəllər baş vermiş sinir anoreksiyası epizodu müşahidə olunur.

F50.3 Atipik sinir bulimiyası.

F50.4 Digər psixoloji pozuntularla əlaqədar çox yemək

Sinir bulimiyasının, bəzi əlamətləri olan, lakin tam klinik mənzərə bu diaqnozu qoymağa imkan verməyən, pozuntudur. Məsələn, bədən kütləsinin elə bir dəyişikliyi olmayan təkrari çox yemək tutmaları və hədsiz işlədici maddələrin istifadəsi mövcud ola bilər və ya öz bədən quruluşu və çəkisi üçün tipik yüksək narahatlıq olmaya bilər.

F50.4 Digər psixoloji pozuntularla əlaqədar çox qida qəbul etmək

Ağır itki, bədbəxt hadisə, uşaq doğulması və s. kimi stress hadisələri nəticəsində çox yemək. Psixogen çox yemək.

F50.5 Digər psixoloji pozuntularla əlaqədar qusma

Dissosiativ pozuntular (F44.-) və ipoxondrik pozuntu (F45.2) zamanı yaranan, bu sinfin siyahısına daxil olmayan təkrari qusma. Bu yarımrubrika əgər emosional faktorlar hamilə qadınlarda təkrari ürəkbulanma və qusma üçün dominant səbəb olarsa, 021.- rubrikasına (hamiləlik zamanı həddən artıq qusma) əlavə kimi istifadə oluna bilər. Psixogen qusma.

F50.8 Qida qəbulunun digər pozuntuları. Yaşlı şəxslərin yeyilməyən qidaları yeməsi [anomal iştaha]; İştahan psixogen itirilməsi

Anoreksiya nevrozu

Anoreksiya nevrozu termini Yunan dilində iştahasızlıq və Latın dilində sinir mənşəli sözlərdən gəlir. Anoreksiya nevrozu üç əsas meyarla xarakterizə olunan bir sindromdur. **Birincisi**, əsasən özündən qaynaqlanan ac qalma davranışdır. **İkincisi**, arıqlamaq üçün amansız istək və ya piylənmə xəstəliyi qorxusu - psixopatologiya. **Üçüncü** meyar tibbi əlamətlərin və aclıq əlamətlərinin - fizioloji simptomların olmasıdır.

Anoreksiya nevrozu

Anoreksiya nevroza tez-tez, lakin həmişə deyil, bədən şəklindəki pozuntuları, açıq tibbi ac qalma baxmayaraq, insanın çox böyük olması ilə əlaqələndirilir. Bədən şəklinin pozulması narahat olduqda, patoqmonik, dəyişməz və diaqnoz üçün tələb olunmur. Anoreksiya nevrozu iki alt növü var: məhdudlaşdırma və olduqca yüksək qiymətləndirmə və təmizləyici. Anoreksiya nevrozunun bütün alt tiplərinin mövzusu, incəliyin həyati bir qaynaq olaraq olduqca nisbətən bir vurğu və bəzən fikirlərin üstünlük təşkil edən və mənimsəyən narahatlığına çevrilən çəkisi və azca olsa forması olan özünə hörmət mənbəyidir, gün ərzində əhval-ruhiyyə və davranış buna xidmət edir.

Anoreksiya xəstələrinin təxminən yarısı ümumi qida qəbulunu kəskin azaldaraq kilo verəcəkdir. Bu xəstələrin digər yarısı yalnız bir pəhriz izləməyəcək, həm də mütəmadi olaraq çox yeyəcək, sonra bir təmizləyici davranış edəcəkdir. Bəzi xəstələr ümumiyyətlə az miqdarda yemək yedikdən sonra təmizlənilir. Anoreksiya nevrozu, kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox müşahidə olunur və ümumiyyətlə yeniyetmə dövründə başlayır. Bu pozuntusu olan gənc qadınlarda psixoloji pozuntu fərziyyələrinə qızlıqdan qadına keçidlə əlaqəli qarşıdurmalar daxildir. Çarəsizlik hissi və muxtariyyət qurma çətinliyi ilə əlaqəli psixoloji problemlər də pozuntunu inkişafına köməkçi olduğu irəli

sürüldü. Anoreksiya nevrozunun nəticəsi spontan bərpa olunmaqdan şiddətlənməyə və tükənməyə qədər dəyişir.

Anoreksiya nevrozunun epidemiologiyası

Anoreksiya nevrozu son bir neçə onillikdə artan tezliklə, prepubertal qız və oğlanlarda isə artan nisbətdə bildirildi. Anoreksiya nevrozunun başlanğıcının ən çox görülən yaşı orta yeniyetməlikdir, lakin anoreksiya xəstələrinin yüzdə 5-ə qədərində bu xəstəlik 20 yaşa qədər inkişaf edir. Ən ümumi başlanğıc yaşı 14 ilə 18 yaş arasındadır. Anoreksiya nevrozu yeniyetmə qızların təxminən yüzdə 0,5 ilə 1-də meydana gəldiyi təxmin edilir. Qadınlarda kişilərə nisbətən 10-20 dəfə daha tez-tez baş verir. Diaqnostik meyarlara cavab verməyən bəzi iştahsızlıq sinir simptomları olan gənc qadınların yayılması təxminən yüzdə 5 olaraq qiymətləndirilir. Xəstəlik əvvəlcə ən çox cəmiyyətin yuxarı təbəqələri arasında bildirilsə də, son epidemioloji tədqiqatlar belə bir yayılma olmadığını göstərir. Ən çox inkişaf etmiş ölkələrdə görülür və ən çox modellik və balet kimi incəlik tələb edən peşələrdə gənc qadınlarda olur.

Anoreksiya nevrozunun komorbidlik

Növbəti slayda anoreksiya nevrozu ilə əlaqəli psixi vəziyyətlər sadalanır. Ümumiyyətlə, anoreksiya nevrozu halların 65%-də depressiya, 35%-də sosial fobiya və 25%-də obsessiv-kompulsiv pozuntularla əlaqələndirilir.

Anoreksiya nevrozu ilə əlaqəli psixi vəziyyətlər

Diaqnoz	Məhdudlaşdırıcı - Tip Anoreksiya nevrozu (%)	Çox Yemək və Təmizləmə Sinir anoreksiyası (%)
Hər hansı bir affektiv pozuntu	57	100
Rekurrent depressiya	29	44
Böyük depressiya	57	66
Subdepressiya	0	11
Mania / hipomaniya	0	33
Hər hansı bir həyəcan pozuntusu		
Fobiya pozuntusu	43	11
Panik pozuntu	29	22
Generalizə olunmuş həyəcan pozuntusu	14	11
Obsessive-compulsiv pozuntu	14	56
Hər hansı PAM sui-istifadə və asılılıq	14	33
Dərman	14	22
Alkoqol	0	33

Schizophrenia	0	0
Hər hansı yanaşı diaqnoz	71	100
3 və ya daha çox yanaşı	71	100
Qadınlar	100	89
Subay- erə getməmiş qadın	71	89
Yaş (x ± SD)	23.6 ± 10.8	25.0±6.4

Anoreksiya nevrozunun etiologiyası

Bioloji, sosial və psixoloji faktorlar anoreksiya nevrozu səbəbləri ilə əlaqədardır. Bəzi məlumatlar monoziqotik əkilərdə dizigotik əkilərdə olduğundan daha yüksək uyğunluq nisbətlərini göstərir. Anoreksiya nevrozu xəstələrinin bacıları təsirlənə bilər, lakin bu birlik genetik faktorlardan daha çox sosial təsirləri əks etdirə bilər. Ciddi əhval-ruhiyyə pozuntuları ümumi əhali ilə müqayisədə ailə üzvlərində daha çox görülür. Anoreksiya nevrozunda neyrokimyəvi olaraq, norepinefrin dövriyyəsidəki və aktivliyi azalır.

Bioloji amillər

Endogen opioidlər iştahsızlıq xəstələrində aclığa kömək edə bilər. İlk tədqiqatlar, opiat antagonistləri qəbul edən bəzi xəstələrdə dramatik kilo artımını göstərir. Aclıq bir çox biyokimyəvi dəyişikliyə səbəb olur, bunlardan bəziləri də hiperkortizolemiya və deksametazon basqısı olmaması kimi depressiyada mövcuddur. Arıqlama, amenoreyə səbəb ola bilər ki, bu da hormon səviyyəsindəki azalmanı (luteinize, follikül stimullaşdırıcı və gonadotropini azad edən hormonlar) əks etdirir. Bununla birlikdə, anoreksiya nevrozu olan bəzi xəstələrdə əhəmiyyətli kilo itkisindən əvvəl amenore inkişaf edə bilər. Bəzi müəlliflər hipotalamik-hipofiz oxunun (neuroendokrin) disfunksiyasını təklif etdilər. Bir neçə tədqiqat, hipotalamusun paraventrikül nüvəsində qidalanma davranışının tənzimlənməsində iştirak edən üç nörotransmitter olan serotonin, dopamin və norepinefrin disfunksiyasının olduğunu göstərdi.

Sosial amillər

Anoreksiya nevrozulu xəstələri, cəmiyyətin arıqlığa və idmana vurğu etmələrində tətbiqlərinə dəstək tapırlar. Qida pozuntusu olan uşaqların ailələri, xüsusən də həddindən artıq qida qəbulu və ya təmizləyici alt tiplər, yüksək səviyyədə düşmənçilik, xaos və təcrid, aşağı səviyyədə qayğı göstərə bilər. Peşə və peşə maraqları, qidalanma pozuntularının inkişaf etmə ehtimalını artırmaq

üçün digər zəifliklərlə qarşılıqlı əlaqə qurur. Gənc qadınlarda ciddi balet məktəblərinə getmək anoreksiya nevrozunun inkişafını ən azı yeddi dəfə artırır.

Psixoloji və psixodinamik amillər

Anoreksiya nervoza, yeniyetmələrin daha müstəqil davranmaları və sosial və cinsi fəaliyyətlərini yaxşılaşdırmaları üçün tələblərə cavab olaraq görünür. Bu bozukluğu olan xəstələr vəsvəsə kimi narahatlıqlarını qida və kilo alma ilə əvəz edir, digər, normal yeniyetmələrin fəaliyyəti ilə. Bu xəstələrdə ümumiyyətlə muxtariyyət və özünəməxsusluq hissi yoxdur. Bir çoxları bədənlərinin bir şəkildə valideynləri tərəfindən idarə olunduğuna inanırlar, buna görə də oruc tutmaq bənzərsiz və xüsusi bir insan kimi tanınmaq üçün bir cəhd ola bilər. Anoreksiya xəstəsində yalnız həddindən artıq intizam hərəkətləri sayəsində muxtariyyət və özünəməxsusluq hissi inkişaf edə bilər. Anoreksiya nevrozlu xəstələrini müalicə edən psixanalitiklər ümumiyyətlə bu gənc xəstələrin analarından psixoloji olaraq ayrılma bilmədikləri ilə razılaşırlar. Bədən, sanki obsesiv və laqeyd bir ananın yaşadığı bir giriş nöqtəsi kimi qəbul edilə bilər. Aclıq şüursuzca bu obsesiv daxili obyektin böyüməsinin dayandırılması və bununla da məhv edilməsi deməkdir

Anoreksiya nevrozu diaqnostik və klinik xüsusiyyətlər

Anoreksiya nervoza ümumiyyətlə 10 ilə 30 yaş arasında başlayır. (1) bir şəxs könüllü olaraq zərərli bir dərəcədə kilo itkisini azaltdıqda və saxladıqda və ya hündürlüyə nisbətə kilo ala bilmədikdə; (2) şəxsin kök olmaqdan güclü bir qorxusu, aşkar tibbi orucuna və ya hər ikisinə baxmayaraq arıqlamaq üçün yorulmaz bir arzusu var; (3) şəxs, oruc tutma ilə əlaqəli əhəmiyyətli tibbi simptomlarla qarşılaşır, ancaq reproduktiv hormonların anormal işləməsi ilə yanaşı hipotermi, bradikardiya, ortostaz və bədən yağ ehtiyatlarının kəskin azalması; və (4) davranış və psixopatologiya ən az 3 ay davam edir.

Anoreksiya nevrozu üçün DSM-5 Diaqnostik kriteriyalar

A. Yaş, cinsiyyət, inkişaf trayektoriyası və fiziki sağlamlıqla əlaqəli bədən çəkisinin əhəmiyyətli dərəcədə aşağı olması ilə nəticələnən enerji istehlakını ehtiyaclarla əlaqəli məhdudlaşdırmaq. Əhəmiyyətli dərəcədə aşağı çəki minimum normadan az və ya uşaqlar və ya yeniyetmələr üçün gözlənilən minimumdan az olan çəki olaraq təyin olunur.

B. Ağır çəki qazanmaq və ya kökəlmək qorxusu və ya kilo almağa mane olan davamlı davranış.

C. Çəkinin və ya bədən formasının zəifləməsi, çəkinin və ya bədən formasının özünə hörmətə həddən artıq təsiri və ya cari aşağı bədən çəkisinin ciddiliyinin davamlı anlaşılmaması.

Yüngül: BMI > 17 kq / m² Orta: BMI 16-16.99 kq / m² ağır: BMI 15-15.99 kq / m² həddindən artıq: BMI < 15 kq / m²

Bu xəstəlik olan bütün xəstələrdə güclü bir kökəlmə və piylənmə qorxusu mövcuddur və şübhəsiz ki, onların terapiyaya marağının olmamasına və hətta müqavimət göstərməsinə kömək edir. Ən anormal kilo vermə davranışı gizli şəkildə baş verir. Anoreksiya nevrozu olan insanlar ümumiyyətlə ailələri ilə və ya ictimai yerlərdə yemək yeməkdən imtina edirlər. Ümumi qida qəbulunu kəskin şəkildə azaldaraq kilo verirlər, eyni zamanda yüksək karbohidratlı və yağlı qidaların qəbulunu qeyri-mütənasib olaraq azaldırlar.

Qeyd edildiyi kimi, “anoreksiya” termini səhv bir mənadır, çünki iştahsızlıq ümumiyyətlə son mərhələsinə qədər nadir hallarda olur. Xəstələrin davamlı olaraq qida haqqında düşündüyünün sübutu reseptlər toplamaq və başqaları üçün kompleks yeməklər hazırlamaq ehtirasıdır. Bəzi xəstələr könüllü olaraq qida qəbulunu məhdudlaşdırmasına nəzarət edə bilmirlər və bu səbəbdən də çox yeyirlər. Bu həddindən artıq qida qəbulu ümumiyyətlə gizli və tez-tez gecə baş verir və tez-tez spontan qusma ilə müşayiət olunur. Xəstələr arıqlamaq üçün laksatiflərdən və hətta diuretiklərdən sui-istifadə edirlər. Ümumi fəaliyyətlərə ritual idman, uzun velosiped sürmə, gəzinti, qaçış və yavaş yerləşdirmə daxildir.

Bu xəstəlik olan xəstələrdə qidaya qarşı özünəməxsus münasibət göstərilir. Yeməkləri evin hər yerinə gizlədirlər və tez-tez ciblərində və çantalarında çox miqdarda konfet daşıyırlar. Yemək yeyərkən salıfətlərə qidanı atmağa və ya ciblərində gizlətməyə çalışırlar. Əti çox kiçik parçalara ayırırlar və boşqabda parçaları düzmək üçün çox vaxt sərf edirlər. Xəstələr qeyri-adi davranışları ilə qarşılaşırlarsa, tez-tez qeyri-adi davranışları inkar edirlər və ya müzakirə etməkdən qətiyyətlə imtina edirlər.

Xəstələr ümumiyyətlə kilo itkisi aşkar olduqda həkimə müraciət edirlər. Kilo itkisi artdıqca, hipotermiya (35° C-yə qədər), asılı ödem, bradikardiya, hipotansiyon və lanugo (yeni doğana bənzər saçların görünüşü) kimi fiziki əlamətlər meydana çıxır və xəstələrdə müxtəlif metabolik dəyişikliklər müşahidə olunur (şəkil 15.1-1). Anoreksiya nevroza olan bəzi qadın xəstələr ağırlıqları nəzərə çarpmazdan əvvəl baş verən amenore üçün həkimə müraciət edirlər. Bəzi xəstələr qusur və ya işlətmə (ishal əmələ gətirən) dərmanlardan və diuretikləri sui-istifadə edirlər; bu davranış hipokalemik alkalozla bağlı narahatlıqlar yaradır. Su diurezinin pozulması ola bilər.

Qida pozuntularının tibbi ağırlaşmaları; 1) genişlənmiş mədəciklər, azalmış kortikal kütlə, tutmalar, anormal elektroensefalogram ilə ümumiləşdirilmiş beyin atrofiyası; 2) periferik (ac) ödem, ürək diametrinin azalması, sol

mədəciyin divarının daralması, stress reaksiyasının azalması, üstün mezenterik arteriya sindromu; 3) prerrenal azotemiya; 4) aclıq anemiyası, lökopeniya; 5) gecikmiş mədə-bağırsaq boşalması, mədənin genişlənməsi, bağırsaqda azalmış lipaza və laktazın azalması; 6) hiperkolesterolemiya, asemptomatik hipoqlikemiya, qaraciyər fermentlərinin artması, sümük mineral sıxlığının azalması; 7) luteinizan hormonunun, follikül stimullaşdırıcı hormon, estrogen və ya testosteron, azalması, normal tiroksin, triiodotironin enməsi, kortizol, böyümə hormonu, prolaktin yüklənməsi; 8) hipokalemik alkaloz və ya asidoz, hipokloremiya, dehidrasiya; 9) prerrenal azotemiya, kəskin və xroniki böyrək çatışmazlığı; 10) aritmiyalar, emetindən miokard toksikliyi; 11) dil səthində mina itkisi, çoxlu çürüklük; 12) parotidin böyüməsi, serum amilazanın yüksəlməsi, şişkinlik, əsəbi bağırsaq sindromu; 13) qıcolmalar, tetaniya.

Anoreksiya nevrozunun alt tiplərin növlüləri

Anoreksiya nevrozunun iki klinik alt növə bölünür: qida məhdudlaşdırma kateqoriyası və təmizlənmə kateqoriyası. Vaxtların təxminən yüzdə 50-də mövcud olan pəhriz məhdudlaşdırıcı kateqoriyasında, qida qəbulu ciddi şəkildə məhdudlaşdırılır (ümumiyyətlə gündə 300-500 kaloridən az və heç bir qram yağ istehlak etməklə) və xəstə amansız və kompulsiv olaraq hiperaktiv ola bilər. atletik xəsarətlərdən həddindən artıq yüklənmişdir. Təmizləyici alt tiptə xəstələr periyodik həddindən artıq qida qəbulu və ya təmizlənmə epizodları ilə ciddi bir pəhriz sınaqla alternativ olurlar. Bədənin təmizlənməsi istənilməyən kalorilərin ikincil bir təzminatıdır, əksər hallarda öz-özünə qusma, tez-tez ishal maddələrindən istifadəsi, daha az diüretik və bəzən qusma səbəb olur dərmanlardan istifadə edirlər. Bəzən təkrarlanan təmizlənmə nisbətən az kalori yedikdən sonra əvvəlcə çox yemədən baş verir. Hər iki növ də sosial cəhətdən təcrid oluna bilər, depressiv pozuntu əlamətləri olur və cinsi maraq azalır. Artıq təlim və mükəmməllik hər iki növ üçün xarakterdir.

Təmizləyici alt tiptə xəstələr periyodik həddindən artıq qida qəbulu və ya təmizlənmə epizodları ilə ciddi bir pəhriz sınaqla alternativ olurlar. Bədənin təmizlənməsi istənilməyən kalorilərin ikincil bir təzminatıdır, əksər hallarda öz-özünə qusma, tez-tez ishal maddələrindən istifadəsi, daha az diüretik və bəzən qusma səbəb olur dərmanlardan istifadə edirlər. Bəzən təkrarlanan təmizlənmə nisbətən az kalori yedikdən sonra əvvəlcə çox yemədən baş verir. Hər iki növ də sosial cəhətdən təcrid oluna bilər, depressiv pozuntu əlamətləri olur və cinsi maraq azalır. Artıq təlim və mükəmməllik hər iki növ üçün xarakterdir.

Anoreksiya nevrozu olan insanlar yüksək dərəcədə müşayiət olunan depressiyaya sahibdirlər; anoreksiya nevrozu olan xəstələrin təxminən yüzdə

50-də böyük depressiv epizod müşahidə və ya distimiya müşahidə olunur. Anoreksiya nevrozu olan xəstələr çox vaxt gizli olur, simptomlarını inkar edir və müalicəyə müqavimət göstərir. Demək olar ki, bütün hallarda yaxınları və ya yaxın dostları xəstənin anamnezini təsdiqləməlidir. Psixi sağlamlıq vəziyyətin müayinəsi ümumiyyətlə xəstənin diqqətli və qidalanma baxımından məlumatlı olduğunu və qida və kilo mövzusunda narahat olduğunu göstərir.

Anoreksiya nevrozunun müalicəsi

Psixoterapiya: koqnitiv – davranış, dinamik və ailə psixoterapiya növlərindən istifadə olunur.

Farmakoterapiya

Farmakoloji tədqiqatlar hələ anoreksiya nevrozunun əsas simptomlarında qəti yaxşılaşma təmin edən heç bir dərman təyin etməmişdir. Bir neçə hesabat, anoreksiya nevrozunu məhdudlaşdıran xəstələr üçün antihistamin və antiserotoninerqik xüsusiyyətləri olan bir dərman olan siproheptadin (periaktin) istifadəsini dəstəkləyir. Amitriptilinin (elavil) bir qədər faydası olduğu bildirilmişdir. Anoreksiya nevrozlu xəstələrinin müxtəlif nəticələrlə qarşılaşdıqları digər dərmanlar arasında klomipramin (Anafranil), pimozid (Orap) və xlorpromazin (Thorazine) var. Depressiya ilə müşayiət olunan anoreksiya nevrozu zamanı depressiv vəziyyət müalicə olunmalıdır. Hipotenzivaya, ürək ritminin pozulmasına və dehidrasiyaya meyilli ola biləcək aşağı bədən çəkisi, depressiya və anoreksiya nevrozu olan xəstələrdə trisiklik dərmanların istifadəsi ilə bağlı narahatlıqlar var. Yetərli bir qidalanma vəziyyətinə gəldikdə, trisiklik dərmanların ciddi yan təsirləri riski azalır; bəzi xəstələrdə kilo alma və qidalanma vəziyyətinin normallaşması ilə depressiya yaxşılaşır

Bulimiya nevrozu

Bulimiya nevrozu, kilo almağı dayandırmaq üçün uyğun olmayan yollarla birləşdirilmiş həddindən çox qida qəbulu epizodları ilə xarakterizə olunur. Mədə ağrısı və ya ürək bulanması kimi fiziki narahatlıq - çox vaxt günahkarlıq, depressiya və ya özünə nifrət hissi ilə müşayiət olunan çox yeməyi dayandırır. Anoreksiya nevrozu olan xəstələrdən fərqli olaraq, bulimiya nevrozu olan xəstələr ümumiyyətlə normal bədən çəkisini qoruyurlar. "Bulimia nervosa" termini yunan dilində "öküz aclıq" və latınca "sinir məğlubiyyəti" terminlərindən irəli gəlir.

Bulimiya nevrozunun epidemiologiyası

Bulimiya nevrozu anoreksiya nevrozundan daha çox yayılıb. Bulimiya nevrozunun gənc qadınların yüzdə 1-dən 4-ə qədər olduğu təxmin edilir. Anoreksiya nevrozu kimi, bulimiya nevrozu kişilərə nisbətən qadınlarda daha çox

görülür, lakin tez-tez erkən yaşlarda anoreksiya nevrozundan daha tez başlanır. Başlanğıc erkən yetkinlik dövründə də baş verə bilər. Qadın kollec tələbələrinin təxminən yüzdə 20-si, kollec dövründə bir müddət müvəqqəti bulimik simptomlarla qarşılaşır. Bulimiya nevrozu normal çəkiddə olan gənc qadınlarda tez-tez görülsə də, bəzən piylənmə tarixçəsi var. Sənayeləşmiş ölkələrdə yayılma ümumi əhəlinin yüzdə 1-i qədərdir.

Bulimiya nevrozunun etiologiya

Bioloji amillər

Bir neçə tədqiqatçı həddindən artıq qida qəbulunu və təmizlənmə dövrlərini müxtəlif neyrotansmitterlə əlaqələndirməyə çalışdı.

Antidepressanlar tez-tez bulimiya nevrozu olan xəstələrə fayda gətirdiyindən və serotoninin doyma ilə əlaqəli olduğu üçün serotonin və norepinefrin iştirak edir. Qusan bəzi bulimiya nevrozlu xəstələrində plazma endorfin səviyyələri yüksəldiyindən, bu xəstələrin bəzilərində qusandan sonra yaxşılıq hissi yüksək endorfin səviyyələri ilə vasitəçilik edə bilər. Bulimiya nevroza xəstəliyinin artması xəstəlik olan insanların birinci dərəcəli qohumlarında olur.

Sosial amillər

Bulimiya nevroza xəstələri, anoreksiya nevroza xəstələri kimi, ümumiyyətlə yaxşı olur və arıq olmaq üçün sosial təzyiqlərə cavab verirlər. Anoreksiya nevrozu olan xəstələrdə olduğu kimi, bulimiya nevroza olan bir çox xəstədə depressiya var və ailədə depressiya artmışdır, lakin bulimiya nevroza olan xəstələrin ailələri anoreksiya nevrozulu xəstələrinə nisbətən daha az yaxın və daha ziddiyyətli olurlar. Bulimiya nevroza olan xəstələr valideynlərini işdən kənar və rədd edilmiş kimi təsvir edirlər.

Psixoloji amillər

Bulimiya nevrozlu xəstələri, anoreksiya nevrozlu xəstələri kimi, yeniyetmə ehtiyaclarını ödəməkdə çətinlik çəkirlər, lakin bulimiya nevrozlu xəstələri anoreksiya nevrozlu xəstələrinə nisbətən daha açıq, qəzəbli və impulsivdirlər. Alkoqoldan asılılıq, oğurluq və emosional labillik (intihara cəhd daxil olmaqla) bulimiya nevrozu ilə əlaqələndirilir. Bu xəstələr ümumiyyətlə nəzarətsiz yeməyi iştahasızlıq xəstəliyindən daha çox ego-distoniya (eqodistoniya kəskin formada olan bir insanın ondan qurtulmaq istədiyi hər hansı bir tipik olmayan fərdi xüsusiyyətləri olması səbəbindən xoşagəlməz hadisələr yaşadığı bir psixi vəziyyətdir) olaraq qəbul edirlər və bu səbəbdən kömək üçün daha asan müraciət edirlər.

Bulimiya nevrozunun diaqnostik və klinik xüsusiyyətləri

Bulimiya nevrozu (1) ən azı 3 ay ərzində nisbətən tez-tez (həftədə bir dəfə və ya daha çox) baş verən; (2) kompensasiyaedici davranış kilo almasının qarşısını almaq üçün çox yeyildikdən sonra tətbiq olunur, ilk növbədə özündən qaynaqlanan qusma, ishal əmələ gətirən dərmanlardan, diuretiklər, klizmalar, qusma sui-istifadə edirlər (halların% 80-i) və daha az hallarda ciddi pəhriz və idman müşahidə olunur (20). halların faizi); (3) kilo itkisi anoreksiya nevrozu qədər güclü deyil; və (4) xəstə, piylənmə qorxusundan, arıqlamağa və ya hər ikisinə qarşı amansız bir cəhddən və çəki və bədən formasına görə nisbi olmayan hörmətdən əziyyət çəkir. Bulimiya nevrozu diaqnozu qoyarkən klinisyenlər xəstənin əvvəlcədən qısa müddətli və ya uzun müddət bulimiya nevrozu olan xəstələrin təxminən yarısında olan anoreksiya nevrozu hücumuna məruz qalma ehtimalını nəzərə almalıdırlar. Həddindən artıq yemək, ümumiyyətlə, qusmadan təxminən 1 il əvvəl olur.

Bulimia nevrozu üçün DSM-5 Diaqnostik Kriteriyalar

A. Təkrarlanan çoxlu yemək epizodları. Həddindən artıq qida qəbulu epizodu aşağıdakıların hər ikisi ilə xarakterizə olunur:

1. Ayrı-ayrı bir müddətdə yemək (məsələn, hər hansı iki saatlıq müddət ərzində) bir çox insanın oxşar şəraitdə oxşar bir müddətdə yediklərindən qətiliklə çox olan bir qida miqdarı.

2. Epizod zamanı qida qəbuluna nəzarət çatışmazlığı hissi (məsələn, insanın yeməyi dayandıra bilməyəcəyi və nə və ya nə qədər yediynizi idarə edə bilməyəcəyi hissi).

B. Kortəbii qusma, ishal əmələ gətirən, sidikqovucu və ya digər dərmanlardan sui-istifadə nəticəsində yaranan kilo almasının qarşısını almaq üçün təkrarlanan uyğunsuz kompensasiya davranışı; aclıq; və ya həddindən artıq idman.

C. Həddindən artıq həddindən artıq qida qəbulu və uyğunsuz kompensasiya xarakterli davranış 3 ay ərzində həftədə ən azı bir dəfə baş verir.

D. Özünə hörmət bədəninin forması və çəkisindən həddindən artıq təsirlənir.

E. Pozuntular yalnız anoreksiya nevrozu epizodları zamanı meydana gəlir.

Bulimiya nevrozunun müalicəsi

Ağırlaşma olmayan bulimiya nevrozu olan xəstələrin əksəriyyəti xəstəxanaya yerləşdirilməsinə ehtiyac yoxdur. Ümumiyyətlə, bulimiya nevrozu olan

xəstələr simptomları barədə anoreksiya nevrozunda olan qədər gizli deyillər. Bu səbəbdən ambulator müalicə ümumiyyətlə çətin deyil, lakin psixoterapiya tez-tez firtınalıdır və uzadıla bilər. Uzun müddətli psixoterapiya keçən bulimiya nevrozu olan bəzi həddindən artıq çəkisi olan xəstələr təəccüblü dərəcədə yaxşı nəticə verirlər. Bəzi hallarda – çox qida qəbulu nəzarətdən çıxdıqda, ambulator müalicə nəticə vermir və ya xəstədə intihar və maddə asılılığı kimi əlavə psixiatrik simptomlar ortaya çıxdıqda - xəstəxanaya yerləşdirmə tələb oluna bilər. Bundan əlavə, güclü təmizlənmədən qaynaqlanan elektrolit və metabolik narahatlıqlar xəstəxanaya yerləşdirilməsini tələb edə bilər.

Psixoterapiya

Koqnitiv-davranış, dinamik psixoterapiya. Nəzarət olunan sınaqlar, koqnitiv- davranış terapiyanın çatdırılması və verilməsinin müxtəlif yeni metodlarının bulimiya nevrozu üçün təsirli olduğunu göstərdi. Bunlardan bəziləri veb əsaslı platformalar, kompüter proqramları, inkişaf etmiş elektron poçt proqramları və uzaq bölgələrdə telemedicine ilə idrak davranış terapiyası tətbiqetməsi daxil olmaqla "addım-addım" proqramlarına daxil edilmişdi.

Farmakoterapiya

Antidepressanların bulimiyanın müalicəsində faydalı olduğu göstərilmişdir. Buna fluoksetin (Prozac) kimi selektiv serotonin geri alma inhibitorları (SSRI) daxildir. Bunun səbəbi 5-hidroksitriptaminin mərkəzi səviyyəsində artım ola bilər. Antidepressanlar əhval-ruhiyyənin pozuntusunun olub olmamasından asılı olmayaraq pozulubsa da, olmasa da, həddindən artıq qida qəbulunu və detoksikasiyanı azalda bilər. Beləliklə, antidepressanlar yalnız psixoterapiya ilə müalicə edilə bilməyən xüsusilə mürəkkəb həddindən artıq qida qəbulu və təmizləyici dövrlər üçün uğurla istifadə edilmişdi. Imipramin (tofranal), desipramin (norpramin), trazodon (desirel) və monoamin oksidaz inhibitorları (MAOI) faydalı olmuşdur.

Farmakoterapiyanın davamı

Ümumiyyətlə, antidepressanların əksəriyyətinin depressiv xəstəliklərin müalicəsində tez-tez təyin olunan dozalarda təsirli olduğu göstərilmişdir. Bununla birlikdə, həddindən artıq qida qəbulunu azaltmaqda təsirli olan fluoksetin dozaları, depressiv xəstəliklər üçün istifadə edilənlərdən daha yüksək ola bilər (gündə 60-80 mq). Dərman, depressiyalı xəstəliklərə və bulimiya nevrozu olan xəstələrə kömək edir. Carbamazepine (Tegretol) və lityum (Escalit) həddindən artıq qida qəbulunu müalicəsi kimi təsirli nəticələr göstərməyib, lakin biopolyar tip I kimi pozuntu zamanı bulimiya nevrozulu xəstələrinin müalicəsində istifadə edilmişdir. Dəlillər göstərir ki, antidepressanlar tək istifadə yəzdə 22-si həd-

dindən artıq yemək və təmizlənmədən çəkinmək; digər tədqiqatlar koqnitiv-davranış terapiyası və dərmanların ən təsirli birləşmə olduğunu göstərir.

İştaha və bədən çəkisini artırma meyli

Ən çox	Orta	Ən az
Antidepressant dərmanlar		
Amitriptyline (Elavil)	Doxepini.Adapin, Sinequan)	Amoxapine ;Asendin)
	Imipramine (Tofranil)	Desipramine (Norpramin;
	Mirtazapine Remeron;	Trazodone (Desyrel;
	Nortriptyline iPamelor)	Tranlycypromine (Parnate) Fluoxetine (Prozac)*
	Phenelzine (Nardil)	Sertraline «Zoloft; * Bupropioni Wellbutrin)*
	Trimipramine (Surmontil;	Venlataxine i.Effexor)*
Əhval-ruhiyyə stabilizatorlar		
Lithium (Eskalith) Valproic acid 'Depakene)	Carbamazepine (Tegretol)	Topiramate Topamax)
Antipsychotic dərmanlar		
Chlorpromazine (Thorazine)	Haloperidol ('Haldol)	Ziprasidone (Geodon; Aripiprazole (Ability)
Clozapine (Clozaril)	Trifluoperazine (Stelazine)	(Molindone (Mobanr)
Thioridazine (Mellaril)	Peiphenazinei.(Trilafon)	
Mesoridazine (Serentil)	Thiothixene (Navane)	
Olanzapine (Zyprexa) Sertindole Serdolect) Risperidone (Risperdal;	Fluphenazine (Permitil, Prolixin)	

Qida meyli

Qida meylin inkişafı. Uşağın erkən inkişaf mərhələsində qida meyli ilə özünü saxlama meyli ilə bir-birənə sıx əlaqədə olurlar. Onların təmin olunmasına zəmanət anadır. Məhz ana öz südü ilə uşağı qidalandırır. Ananın körpəyə münasibəti doğulan zaman alınmış psixi travmanın aradan qaldırılmasına köməklik göstərir. Artıq körpə inkişafının erkən mərhələlərində anaya qida instinktini təmin etmək üçün siqnal verir ki, o acdır. Bu zaman onun sala-

matlılığı, əmin-amanlığı birbaşa onu başa düşməkdən asılı olur. Diqqətli, mehriban, sakit ana öz uşağını başa düşürək körpəyə vaxtında və lazımı qədər qida ilə təmin edir.

Uşaqlar yaşa dolduqca qidaya və onun dadına qarşı seçim əmələ gəlir. Qida qəbulu daha da sosiallaşır. Uşaq müstəqil yeməyə öyrədilir, bu zaman müəyyən olunmuş qayda və vərdislərə yiyələnir. Qida instinktinin təmin edilməsi valideynlər tərəfindən həvəsləndirmə kimi istifadə olunur. Uşaqlar böyüdükcə öz qida meylini idarə etmək qabiliyyətinə sahib olurlar, dadlı yeməkləri yaxınları, dostları ilə bölməkdən həzz alırlar.

Qida meylinin pozuntuları

Qida meylinin pozuntularının kəmiyyətə pozuntularına aşağıdakılar aiddirlər:

hiporeksiya (yunanca hyporexia: “hypo”- önşəkilçi olaraq azalma mənasını daşıyır; “orexis”- iştaha) – iştahanın enməsi;

anoreksiya (yunanca “a”- inkar hissəciyi, “orexis”- iştaha) – iştahanın yoxluğu;

hiperoreksiya (yunanca “hyper”- önşəkilçi olaraq güclənmə mənasını daşıyır, “orexis”- iştaha).

Qida meylinin keyfiyyətə pozuntusu *disreksiya* (yunanca “dys”- önşəkilçi olaraq normadan kənarı çıxma mənasını daşıyır, “orexis”- iştaha).

Qida meylinin pozuntuları



Körpə yaşda hiporeksiya somatik patologiyadan əlavə ana ilə uşaq arasında qarşılıqlı münasibətin pozulması nəticəsində də baş verə bilər. Ananın şəraitə uyğunlaşa bilməməyi bilməyi, onun həyəcanlılığı, qida rejiminə dəqiq əməl olunmamağı üçün əhval-ruhiyyəsinin enməsinə səbəb olaraq hiporek-siyanın inkişafına gətirib çıxarır.

Xüsusi ilə qeyd etmək lazımdır ki, iştahanın enməsi Kanner sindromunun və nevropatiyanın erkən əlamətlərindən biri ola bilər. Məktəbəqədər və aşağı

məktəb yaşlı uşaqlarda total və elektiv hiporeksiya müşahidə olunur. *Elektiv hiporeksiyada* uşağın iştahası hər hansı bir qida məhsuluna qarşı olur. Amma total hiporeksiya qidanın növündən asılı olmur.

Məktəbəqədər və aşağı məktəb yaşlı uşaqlarda hiporeksiya depressiyanın (anadan ayrı düşən zaman) ən tez-tez rast gələn əlamətlərindən biri hesab olunur. Hiporeksiya qida qəbulu zamanı qidanın hərərətindən yanmadan, qida zəhərlənməsində də rast gəlinir. Bunun nəticəsində uşaq qida qəbulunda qorxur, ehtiyat edir. Uşağı məcburi, güclə, istəmədiyi vaxtı yedirdən zaman onda şıltaq, qidadan imtina, adəti qusma kimi tərslik, protest reaksiyası əmələ gətirir. Valideynlərin düzgün olmayan davranışı – saatlarla uşağı qida qəbuluna inandırmaq, yola gətirmək, razı salmaq, dilə tutmaq, hədiyyə almağa söz vermək, ona hədə-qorxu gəlmək bu reaksiyaların fiksasiyasına səbəb olur.

Adətən hiporeksiya əhval-ruhiyyənin enməsi, davranış pozuntuları, bəzən somatik xəstəliklə əlaqəsi olmayan qarın nahiyəsində ağrılar, ürəkbulanma və qusma ilə müşahidə olunur. Yeniyetmə yaşlarında hiporeksiya psixoaktiv maddələrdən sui-istifadə zamanında da müşahidə olunur. *Anoreksiya* – kəskin ifadə olunmuş hiporeksiya anoreksiyaya keçir, iştahanın tam itməsi baş verir. Anoreksiya iki yerə bölünür: birincili və ikincili anoreksiya. *Birincili anoreksiya baş beynin müxtəlif mənşəli (travma, neyroinfeksiya, şişlərində) üzvi zədəsi səbəbindən hipotalamusun çatışmazlığı ilə əlaqədar olur. Digər tərəfdən müxtəlif endokrin pozuntuları (hipofizar kaxeksiya, addison xəstəliyi da bu vəziyyətə gətirib çıxarır. Birincili anoreksiya həmçinin depressiyada, Kanner sindromunda, şizofreniyada müşahidə olunur. İkincili anoreksiya müxtəlif nevroitik vəziyyətlər üçün xarakterdir (məsələn iştahanın psixogen itirilməsi (XBT-10 şifr F50.8).*

Anoreksiya arıqlamaq məqsədi ilə uzun müddət ac qalmaqla da əlaqədar ola bilər. Erkən uşaq yaşlarında *körpələrin anoreksiyasına* rast gəlinir. Somatik səbəb olmadan bu zaman qida qəbulu dayandırılır. Onları yedizdirmə istətdikdə körpə ağzını açmır, başını yana çevir, ağlayırlar. Bəzən qidanın bir neçə dəfə udduqdan sonra onu qaytarırlar. Bu pozuntular XBT-10 F98.2. şifri ilə kodlaşdırılır.

Həmçinin anoreksiya sinir və psixi anoreksiyaya bölünür. *Sinir anoreksiya adətən qızlarda prepubertat və ya pubertat yaşlarında rast gəlinir. Bu ilk növbədə onlarda artıq çəki barədə yüksək qiymətli, hətta sayıqlama ideyalar əlaqədar baş verir. Arıqlamaq məqsədi ilə gündəlik rasionu azaldırlar, üzücü idman hərəkətləri edirlər. Hələlilik iştaha itmədiyi üçün buna anorektik davranış deyilir. Sonra bu itirilərək həqiqi anoreksiyaya keçir. Bu pozuntular*

XBT-10 F50.0. şifri ilə kodlaşdırılır. *Psixi anoreksiya psixotik pozuntu ilə əlaqədar (sayıqlama, katatoniya, depressiya) aclıq hissəsinin itməsinə deyilir.*

Qida meylinin yüksəlməsi – hiperoksiya, kinoreksiyanın (yunanca kynorexia: “kynos”- it, “orexis”- iştaha), *polifaqiya* (yunanca polyphagia: “polys”- çox, “phagein”- yemək) və ya bulimiya (yunanca bulimia: “bus”- öküç, “limos”- aclıq) – qida meylinin güclənməsi. *Bulimiya kiçik uşaqlarda baş beynin zədələnməsi ilə əlaqədar diensefal pozuntularda müşahidə olunur. Əksər hallarda bu vəziyyət ifadəli vegetativ pozuntularla yanaşı gedir. Oliqofreniyanın bəzi formalarında da bulimiyaya rast gəlinir. Müəlliflərin təcrübəsi göstərir ki, damar mənşəli psixi ağıl zəifliyində bulimiya əlamətləri mövcud olur.*

Bəzi uşaqlarda bulimiya ailələrdə qidaya qarşı yüksək qiymətli ideyalardan baş verir. Həyəcanlı ana və nənə həddindən artıq uşaqları yeməyi stimül edirlər. Artıq çəki uşağın əhvalına təsir göstərir, bu da uşaqda özünə inamı azaldır, tam dəyərə malik olmama və həyəcana səbəb olur. Uşaq təskinliyi şirniyyat qəbulunda görür. Qida qəbulundan imtina səmərəsiz olur. Beləliklə, artıq çəkiyə malik uşaqlar uzun müddət xroniki psixi travma şəraitində olurlar. Uşaq yaşa dolduqca artıq çəkinin olmasında həmyaşdqları əks cinslərə münasibətdə əziyyət çəkir, məhz bu zaman əksər yeniyetmə oğlanlar və qızlar siqaret çəkməyə başlayır. Sinir bulimiya XBT-10 F50.2 şifri ilə kodlaşdırılır.

Əksər hallarda bulimiya distressə qarşı (məsələn yaxın adamını, iş yerini itirdikdə) reaksiya kimi baş verir. Bu hallarda XBT-10 F50.4. şifri ilə kodlaşdırılır. Bulimiya depressiyanın əlamət kimi də ola bilər. Bulimiya yeniyetmələr tərəfindən nəşədən istifadənin sübut edir. Kannabinoidlərdən (nəşədən, anaşadan) intoksikasiya zamanı iştaha həddindən çox olur. Bu zaman onlar qidanın keyfiyyətinə fikir vermirlər, fərqi yoxdur nə yeyirlər. Doyduqdan sonra adətən onlar yuxuya gedirlər. Müəyyən edilmişdir ki, bir meylin ödənilməməsi, digər meylin kompensasiyalı güclənməsinə gətirib çıxarır. Məsələn bəzi yaşlı adamlar bu və ya digər səbəbdən cinsi meyli təmin edə bilmədikdə, qida meyli güclənərək hətta bulimiya dərəcəsinə çata bilər.

Qida meylinin keyfiyyətə pozuntuları

Disreksiya və ya paroreksiya (yunanca parorexia: “para”- önsəkilçi olaraq normadan kənara çıxmağı ifadə edir; “orexis”- iştaha) uşaqlar bu zaman adi qidalarla yeyilməyən maddələri də qəbul edirlər - pika simptomu (latınca “pica”- sağsağan, qəcələ). Bu əlamət nisbətən ayrıca olunmuş şəkildə təzahür

olunursa, bu zaman XBT-10 F98.3. şifri ilə kodlaşdırılır. Bu əlamət əksər hallarda digər psixopatoloji əlamətlərlə birlikdə autizmdə, şizofreniyada və oliqofreniyada rast gəlinir.

Disreksiyamı mövcudluğu zamanı müxtəlif mədəniyyətlərdə onun qəbul oluna bilməsini nəzərə almaq lazımdır. Məsələn, hər hansı bir ölkədə qəbul edilmiş qida maddəsi digər bir ölkədə qəbul edilməyən sayıla bilər. Məsələn, əgər Çində it əti qida maddəsi kimi qəbul olunursa, Azərbaycanda bu qəbul edilməzdi. Bəzən qida maddəsinə aid olmayan, guya müalicəvi xassəyə malik olan bəzi yeyilməyən şeylərin qəbulu disreksiya hesab etmək olmaz. Məsələn, bəzi qrup insanlar öz sidiyinin içilməsinin müalicəvi xassəyə malik olması barədə səhv fikirdə olurlar (“urinitərapiya”).

Uşaqlarda 2 yaşında disreksiyanın elementlərinə rast gəlmək mümkündür. Uşaqlar üçün mümkünlük olan yeyilən qida maddəsinin olmasına baxmayaraq, başa düşərək yeyilməyən şeyləri qida kimi qəbul etmələri disreksiya adlanır. Pik əlaməti barədə o vaxt nəticəyə gəlmək olar ki, uşaq heç olmasa ayda bir dəfə yeyilməyən şeyi qəbul etsin. Bu zaman uşaqlar pambıq, parça, kağız, torpaq, tük, həşəratlar, yarpaq və s. şeyləri yeyirlər. Bu əlamət əksər hallarda psixi inkişafın ifadəli geri qalmasında, şizofreniyada müşahidə olunur

Göstərilən pozuntular zamanı bəzən xəstə öz nəcisini yeyir ki, bu da koprofaqiya (yunanca koprofaqiya “kopros”- nəcis, “phagien”- yemə) adlanır. Aydın səbəblərdən disreksiya əksər hallarda bağırsaq infeksiyaları, bağırsaq keçməzliyi, intoksikasiyalarla və s. ağırlaşır. Uşaqlarda olduğu kimi, böyüklərdə də disreksiya göstərilən xəstəliklərdə rast gəlinir. Hamiləliyin ilk 3 ayların qadınlarda **Klinik müşahidə.** Xəstə V.B., 40 yaş. İrsiyyəti psixi pozuntu ilə ağırlaşmış. Anası, qızı və oğlu depressiyadan əziyyət çəkiblər. Anamnezindən məlumdur ki, son 9 aydır müxtəlif həkim mütəxəssislərdə müalicə almasına baxmayaraq vəziyyəti getdikcə ağırlaşmış. Bizə müraciət edən zaman xəstənin çəkisi 35 kiloqram təşkil edib. Xəstəyə əvvəlki həkimlər müxtəlif diaqnozlar təyin ediblər: miopatiya, miasteniya, miodistrifiya və c. Bizim tərəfimizdən xəstəyə depressiv pozuntu tip II, anoreksiya diaqnozu təyin edilib. Pasiyentə əvvəlcə kiçik dozalarda klomipramin və depakin –xrono təyin edilib. 28 gündən sonra sutkada 250 mq klomipramin və 1500 mq depakin –xrono tövsiyə olunub. Xəstə 6 ay müddətində bu sxemlə müalicə alıb. Müalicənin sonunda xəstənin çəkisi 65 kiloqrama çatıb. Son 3 ayda hər iki preparat azaldılaraq qəbulu dayandırılıb. Katamnestik məlumat göstərir ki, xəstənin vəziyyəti tam

normallaşıb, dayəliklə məşğuldur. Aşağıda xəstənin icazəsi ilə müalicədən əvvəl və sonrakı fotosəkilləri verilib.



Yekun, Aparılan tədqiqatın nəticələri göstərir ki, anoreksiya çox geniş yayılmış qida davranış pozuntularından birini təşkil edir. Son illərdə terapiyaya bir sıra yeni yanaşmalar ortaya çıxmasına baxmayaraq, praktikada tətbiqi hazırda vaxtından qabaq hesab edilir. Təcrübəmizdə klomipramin və depakin-xronodan istifadə edərək çox yaxşı müsbət nəticə əldə edilmişdi. Gələcəkdə bu müalicə metodunu daha çox sayda xəstə üzərində aparmaq lazımdır.

ƏDƏBİYYAT

1. **ICD-10-CM Browser Tool** <https://icd10cmttool.cdc.gov/>
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
3. KAPLAN & SADOCK'S. Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry ELEVENTH EDITION. 2015 Wolters Kluwer. 5271 pp.
4. KAPLAN & SADOCK'S. COMPREHENSIVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY VOLUME I / TENTH EDITION. 2017. Wolters Kluwer. 12754 pp.
5. Reed RC, Dutta S. What is best strategy for converting from twice-daily divalproex to a once-daily divalproex ER regimen? Clin Drug Invest 2004;24(9):509e21.
6. Barre J, Berger Y., Pharmacokinetics of a newly developed sustained release form of sodium valproate. In: Chadwick D, editor. Proceedings of the Four International Symposium on Sodium Valproate and Epilepsy, International Congress and Symposium Series No 152. Royal Society of Medicine Services, London, 1989.
7. Davis R, Peters DH, McTavish D. Valproic acid. A reappraisal of its pharmacological properties and clinical efficacy in epilepsy. Drugs 1994;47(2):332e72.

Исследование распространенности Предменструального Дисфорического Расстройства у подростков с Расстройством Аутистического Спектра

Искендерзаде А.Э.

A study of the Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder in Adolescents with Autism Spectrum Disorder

Isgandarzada A.E.

Autizm Spektr Pozuntusu olan Yeniyetmələrdə Premenstrual Disforik Pozuntunun Prevalansının Yayılmasının Araşdırılması

İsgəndərzadə A.E.

“Nefes” Центр Психоневрологического Здоровья
E-mail: aydanisgandarzada@gmail.com

Summary. The main goal of our study is to investigate the prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder in adolescents with Autism Spectrum Disorder. The results that will emerge from this study will be useful for taking appropriate action by raising awareness of the symptoms of PMDD in people with ASD.

Keywords: ASP, PMDD, teenager.

Xülasə. Tədqiqatımızın əsas məqsədi Autizm Spektr Pozuntusu (ASP) olan yeniyetmələrdə Premenstrual Disforik Pozuntunun (PMDP) prevalansını araşdırmaqdır. Bu tədqiqat nəticəsində əldə ediləcək məlumatlar ASP olan şəxslərdə PMDP simptomları barədə məlumatlılığı artıraraq müvafiq müdaxilələrin edilməsində mühüm rol oynayacaqdır.

Açar Sözlər: ASP, PMDP, yeniyetmə.

Вступление

Предменструальное Дисфорическое Расстройство (ПМДР) - это распространенное циклическое расстройство, характеризующееся соматическими, когнитивными, эмоциональным и поведенческими симптомами, которые длятся на протяжении лютеиновой фазы менструального цикла и заканчиваются с началом менструации. Предменструальное дисфорическое расстройство (ПМДР) обычно описывается как более тяжелая форма

предменструального синдрома (ПМС). Согласно пятому изданию Диагностического и Статистического Руководства по Психическим Расстройствам Американской Психиатрической Ассоциации (DSM-5), ПМДР поражает от 2 до 5% женщин пременопаузного периода¹.

Симптомы ПМДР включают заметную изменчивость аффекта, раздражительность или усиление конфликтов в межличностных отношениях, депрессию, чувство безнадежности, снижение интереса к обычным занятиям, трудности с концентрацией внимания, летаргию, усталость или значительную потерю энергии, значительные изменения аппетита, желание переесть и есть определенные продукты, чрезмерный сон или недосыпание, потеря контроля или беспокойство, напряжение или припухлость груди, боль в мышцах и суставах, чувство отека, увеличение веса (до 2-3 кг). В подавляющем большинстве менструальных циклов симптомы возникают в последнюю неделю перед менструацией и начинают улучшаться в течение нескольких дней после начала менструации².

Хотя в исследованиях ПМДР подчеркиваются множество механизмов, до сих пор нет единого этиологического фактора, который мог бы пролить свет на его патофизиологию. Факторы, которые, как считаются, играют роль в этиологии, включают генетические факторы, нарушения функций нейротрансмиттеров, дисфункцию гонадных гормонов и нейростероидов, аномалии активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси, дисфункцию щитовидной железы, дисбаланс в метаболизме простагландинов, задержку жидкости, дефицит витаминов и минералов, гипогликемия и др.³⁻⁷

Расстройство Аутистического Спектра

Расстройство Аутистического Спектра (РАС) - это расстройство развития, которое возникает в раннем возрасте и характеризуется выраженными социальными и коммуникативными нарушениями, стереотипным поведением и / или ограниченными сферами интересов⁸. В первый год симптомы, связанные с социально-коммуникативной неадекватностью, могут включать нейтральный аффект, недостаточный зрительный контакт, отсутствие или редкость лепета и ненормальный пронзительный писк. Чаще всего обращаются пациенты в возрасте 2–3 лет в связи с запаздыванием речи. В этом возрасте есть ограничения в навыках имитации, предпочтение быть одному, не смотреть на зов, неспособность инициировать действия, требующие совместного внимания, аномалии взгляда и плохие отношения со сверстниками, а также неспособность играть в параллельные игры. В этот период начинают проявляться двигательные стереотипы; ходьба на кончиках пальцев, поворот вокруг себя, взмахи руками, взмах

крыльев, которые чаще встречаются у детей с плохой функциональностью. Более 70% людей с диагнозом РАС страдают сопутствующим психическим, медицинским расстройством или расстройством развития. Среди предполагаемых причин избытка коморбидных коморбидных заболеваний можно насчитать общие патофизиологические пути, вторичные трудности, вызванные аутизмом, общие области симптомов и совпадение связанных механизмов и диагностических критериев⁹.

Аутизм и менструальный цикл

Юность знаменуется как переход от детства к взрослой жизни, это период физического, когнитивного и социального развития; процесс знакомства с развивающимся телом и постоянно меняющимися гормонами. Это естественное жизненное событие может вызвать трудности у нормально развивающихся сверстников, а подростки с диагнозом РАС могут столкнуться с дополнительными и значительными проблемами поведенческого, физического и психического здоровья, которые неизвестны или недостаточно изучены. Непредсказуемость менструации может усложнить и увеличить поведенческие проблемы, болезненные месячные могут мешать их повседневной жизни, и в результате всего этого они теряют функциональность, что способствует еще большей социальной изоляции. Нерегулярные циклы, ношение или смена средств гигиены затрудняют менструальный процесс.

Хотя начало менструации - трудный опыт для людей с нарушениями развития, количество исследований в этой области недостаточно. В 2018 году Стюард и др. провели онлайн-анкетирование, в ходе которого изучали опыт менструального цикла между 123 пациентами с РАС и 114 пациентами без РАС¹⁰. Было обнаружено сходство в опыте с людьми без РАС, но наличие циклических обострений в результатах, связанных с симптомами аутизма, являлось одним из поразительных результатов исследования. Повышенная гиперчувствительность, проблемы с регуляцией эмоций и поведения привели к потере функциональности у этих женщин. Исследования показали, что у людей с РАС усиливаются дисменорея (болезненные циклы), меноррагия (сильное кровотечение), проблемы с гигиеной во время цикла, а также циклические проблемы эмоционального и поведенческого характера. В некоторых исследованиях, начало менструаций у лиц с РАС было наравне с их сверстниками, развивающимися нормально, но в литературе также были найдены данные о более позднем и более раннем начале менструации¹¹. В клиническом исследовании у девочек подростков с диагнозом Расстройства Развития Интеллектуальных Способностей (РРИС), где 92% из 26 пациентов с сопутствующим диагнозом РАС соот-

ветствовали критериям ПМС согласно DMS IV, в то время как этот показатель составлял 11% в 24 случаях без РАС¹². Те, у кого были трудности с эмоциональной регуляцией, сообщали, в частности, об усилении симптомов тревоги, ангедонии и нарушении функциональности из-за социальных и коммуникативных трудностей. Принимая во внимание высокую частоту ПМС и потери функциональности, которые он вызовет у людей с РАС, критически важно провести дальнейшее исследование этой популяции.

Методы и принципы исследования

Исследование проводилось на 35 добровольцах в возрасте от 12 до 18 лет с диагнозом Расстройства Аутистического Спектра в соответствии с диагностической системой DSM-5, регулярными (28-35 дней) и двумя последовательными менструальными циклами на медицинском факультете Стамбульского Университета.

После психиатрической оценки на основе DSM V родители заполнили форму Социально-Демографических Данных и Шкалу Оценки Детского Аутизма. Кроме того, родители дважды заполняли Контрольный список Проблемного Поведения и Форму Предменструальной Оценки как в лютеиновой так и фолликулярной фазах.

Для участия в исследовании требовалось волонтерство, и участники-кандидаты и их семьи были проинформированы об исследовании в соответствии с Хельсинкской декларацией. Родителям, согласившимся на участие, было предложено заявить об этом как письменно, так и устно, в форме информированного согласия.

Группа пациентов

Критерии включения группы пациентов в исследование:

- Диагноз расстройства аутистического спектра (РАС) в соответствии с DSM-5;
- Два регулярных (28-35 дней) и последовательных менструальных цикла;
- Исключение оральные контрацептивов в течение последних 3 месяцев;
- Наличие письменного и устного согласия родителя опекуна и устного согласия ребенка на участие в исследовании, с учетом того, что один из родителей имеет образование и обладает интеллектуальными способностями понимать и заполнять шкалы.

Инструменты сбора данных

Форма Социально-Демографических Данных (ФСДД)

Он был создан исследователем для этого исследования. Были опрошены имя, фамилия, возраст, образование, количество братьев и сестер, навыки самообслуживания, степень тяжести РАС, языковое расстройство, уровень интеллекта и история регресса.

Шкала Оценки Детского Аутизма (ШОДА)

Она была разработана Шоплером и др., чтобы отличить детей с аутизмом от детей с другими нарушениями развития, и представляет собой шкалу, которая может применяться к пациентам в возрасте от 2 лет и старше¹³. Эта шкала заполняется на основе информации, полученной в результате интервью с семьей и другими людьми, которые знают ребенка и наблюдают за ним. В ШОДА включены следующие данные: отношения с людьми, имитация, эмоциональные реакции, реакция на изменения, зрительные реакции, реакции на слушание, вербальное и невербальное общение, умственная деятельность и общие впечатления о ребенке.

Форма Оценки Менструального Цикла (ФОМЦ)

Он был создан исследователем для этого исследования. В Форме Оценки Менструального Цикла был опрошен возраст первого менструального цикла, продолжительность цикла, последняя и следующая предполагаемая дата менструации, имело ли место лечение, связанное с менструацией, если да, то какое лечение (медикаментозное, психотерапия, физическая активность, другое), был задан вопрос о периоде менструального цикла во время первого осмотра.

Контрольный Список Проблемного Поведения (КСПП)

Он был разработан для оценки проблемного поведения, наблюдаемого у детей с диагнозом РАС и детей РРИС, а также влияния фармакологических, поведенческих и других методов лечения на это поведение¹⁴. Этот список по шкале могут заполнять учителя, эксперты или родители, работающие с этими детьми.

Форма Предменструального Обследования (ФПМО)

Форма Предменструального Обследования была разработана для измерения симптомов и изменений, возникающих в предменструальный период. Эта шкала предназначена для изучения распространенности и тяжести предменструальных симптомов. Это шкала с 95 вопросами и 18 подшкалами.¹⁵ Эти шкалы включают депрессивное настроение, эндогенные депрессивные черты, лабильность, атипичные депрессивные черты, враждебность/гнев, социальную изоляцию, тревогу, повышенное самочувствие, импульсивность, физические недуги, вегетативные изменения, усталость, ухудшение состояния и различные изменения настроения/поведения.

Статистический Анализ

Данные, полученные в результате исследования, были проанализированы с помощью пакета программ SPSS 21.0 (Статистический пакет для социальных наук). Описательная статистика представлена в виде среднего значения±стандартное отклонение, медианного значения и 25-75% процентов, частотного распределения и процента. Для сравнения категориальных данных использовался критерий хи-квадрат Пирсона (X^2). Было ли полученное распределение непрерывных переменных с помощью критерия Шапиро-Уилка. Для сравнения непрерывных данных использовался U-критерий Манна-Уитни или независимый t-критерий в соответствии с характеристиками распределения. Корреляционный анализ Пирсона использовался для нормально распределенных переменных, чтобы изучить взаимосвязь между непрерывными переменными. Уровень статистической значимости был принят $p < 0,05$.

Основные результаты

Всего в исследование были включены 35 девушек-подростков. Средний возраст пациентов составил $14,2 \pm 0,28$ (мин:12, макс:17).

Социально-демографические данные показаны в таблице 1.

Таблица 1: Социально-демографические характеристики пациентов

Социально-демографические особенности		n	%
Количество братьев и сестер	Единственный ребенок	3	8.6
	Двое детей	9	25.7
	Трое детей и многое другое	23	65.7
Класс, в котором учится подросток	5	3	8,6
	6	7	20,0
	7	4	11,4
	8	5	14,3
	9	6	17,1
	10	5	14,3
	11-е	3	8,6
	12	2	5,7
Разговорные навыки	Словесный	25	71.4
	Невербальный	10	28.6
Способность к самообслуживанию	Зависимый	25	71.4
	Независимый	10	28.6

Тяжесть РАС	От легкого до среднего	25	71.4
	Тяжелый	10	28.6
Расстройство развития интеллектуальных способностей	Есть	27	77.1
	Нет	8	22.9
История регресса	Есть	7	20.0
	Нет	28	80.0

Средний возраст первого цикла менустрации составил $11,4 \pm 1,14$ (минимум:9, максимум:14), а продолжительность регулярных менструаций составила $30,51 \pm 24,22$ (минимум:5, максимум:84) месяцев. 60% случаев ($n=21$) имели регулярные менструации, 5,7% ($n=2$) проходили лечение менструального цикла, и 42,9% ($n=15$) из них были в лютеиновой фазе при первом осмотре. Информация о менструальном цикле, количестве кровотечений, лечении и типе менструации приведена в таблице 2.

Таблица 2: Данные о менструальном цикле

Характеристика менструального цикла		n	%
Регулярность менструального цикла	Регулярный	21	60.0
	Нерегулярный	14	40.0
Количество кровотечения	Мало-среднее	26	74.3
	Сильное	9	25.7
Менструальное лечение	Есть	2	5.7
	Нет	33	94.3
Тип лечения	Лекарство	2	5.7
	Другое	33	94.3
Период цикла во время первого осмотра	Фолликулярный	10	28.6
	Лютеиновый	15	42.9
	Перед менструацией	8	22.9
	Кровотечение	2	5.7

60% ($n=21$) случаев были диагностированы ПМДР на основании DSM V. Было обнаружено, что тяжесть РАС ($p=0,022$), навыки самообслуживания ($p=0,022$), наличие Расстройства Развития Интеллектуальных Способностей ($p=0,039$) были значимыми в группе ПМДР по сравнению с группой без ПМДР. Что касается клинических особенностей, сравнение двух групп данных, таких как навыки разговорной речи и самообслуживания, тяжесть РАС, РРИС, история регресса, показаны в таблице 3.

Таблица 3. Клинические характеристики - Сравнение Двух Групп

Сравнение клинических особенностей двух групп		ПМДР		p
		Есть n (%)	Нет n (%)	
Разговорный навык	Вербальный	14 (%66.7)	11 (%78.6)	0.445 ^a
	Невербальный	7 (%33.3)	3 (%21.4)	
Тяжесть РАС	Нужна поддержка	1 (%4.8)	6 (%42.9)	0.022^a
	Требуется существенная поддержка	13 (%61.9)	5 (%35.7)	
	Требуется сильная поддержка	7 (%33.3)	3 (%21.4)	
Способность к самообслуживанию	Зависимый	18 (%85.7)	7 (%50.0)	0.022^a
	Независимый	3 (%14.3)	7 (%50.0)	
Умственная недостаточность	Есть	19 (%90.5)	8 (%57.1)	0.039^b
	Нет	2 (%9.5)	6 (%42.9)	
История регресса	Есть	5 (%23.8)	2 (%14.3)	0.676 ^b
	Нет	16 (%76.2)	12 (%85.7)	

n=количество случаев,

p^a=значение p критерия хи-квадрат Пирсона,

p^b=значение p точного критерия Фишера

Примечание. Статистически значимые результаты выделены жирным шрифтом.

Хотя в 47,6% случаев с ПМДР (n=11) и в 28,6% случаев без ПМДР (n=4) наблюдались нерегулярные менструации, между группами не было обнаружено значительных различий. Распределение представлено в таблице 4.

Таблица 4: Сравнение двух групп по характеристике менструального цикла

Характеристика менструального цикла		ПМДР		p
		Есть n (%)	Нет n (%)	
Регулярность менструального цикла	Регулярный	11 (%52.4)	10 (%71.4)	0.356 ^a
	Нерегулярный	10 (%47.6)	4 (%28.6)	
Количество кровотечения	Мало-среднее	15 (%71.4)	11 (%78.6)	0.893 ^a
	Сильное	6 (%28.6)	3 (%21.4)	
Менструальное лечение	Есть	1 (%4.8)	1 (%7.1)	p>0,05 ^b
	Нет	20 (%95.2)	13 (%92.9)	

n=количество случаев,

p^a=значение p критерия хи-квадрат Пирсона,

p^b=значение p точного критерия Фишера

Примечание. Статистически значимые результаты выделены жирным шрифтом.

Оценка по шкале ШОДА (z=-2,215, p=0,026) была выше в группе с ПМДР, чем в группе без ПМДР. Значения между оценками шкалы в группе ПМДР по сравнению с группой без ПМДР показаны в таблице 5.

Таблица 5. Сравнение баллов по шкалам в группе с ПМДР и без нее.

Шкалы		ПМДР + (n:21)	ПМДР – (n:14)	z	p
		Медиана (%25-%75)	Медиана (%25-%75)		
ШОДА баллы		37(36-47)	33(31.875-38.250)	-2.215	,026
КСПП Фолликулярная фаза	Общие	48(28-53)	24(20.5-32.5)	-2.580	,009
	Мобильность	16(8-24)	6.5(5-8.25)	-3.043	,002
	Инерция	13(7-18)	7(4.75-12)	-2.060	,040
	Повторяющиеся поведения	5(4-8)	5.5(4-7.25)	-.580	,583
	Пагубное поведение	4(2.5-6)	2(2-4)	-1.917	,061
	Другие	4(2.7)	3(1.75-4)	-1.493	,145
КСПП Лютеиновая фаза	Общие	97(80-115)	46(33.75-56)	-4.245	p<0,001
	Мобильность	36(28-42)	13(11.5-19.5)	-4.152	p<0,001
	Инерция	34(20-43)	12(7.75-13.75)	-3.944	p<0,001
	Повторяющиеся поведения	14(8.5-18)	6.5(5-8)	-3.585	p<0,001
	Пагубное поведение	7(6-9)	4.5(3.75-6.25)	-2.876	0,003
	Другие	10(6.5-11)	3.5(1.75-5.75)	-3.474	p<0,001

n=количество случаев,

p*=критерий Манна-Уитни p значение

Примечание. Статистически значимые результаты выделены жирным шрифтом.

При сравнении КСПП баллов в фолликулярной и лютеиновой фазе в группе с ПМДР было обнаружено статистически значимое увеличение в тотальных ($z=-4,015$, $p < 0,001$) и таких промежуточных подшкал, как мобильность ($z=-4,022$, $p < 0,001$), инерция ($z=-3,981$, $p < 0,001$), повторяющиеся поведения ($z=-4,020$, $p < 0,001$), пагубное поведение ($z=-3,524$, $p < 0,001$) и других ($z=-3,650$, $p < 0,001$) баллов (таблица 6).

Таблица 6. Сравнение показателей по шкале КСПП в фолликулярной и лютеиновой фазах для случаев ПМДР

КСПП	Фолликулярная фаза	Лютеиновая фаза	z	p
	Медиана (%25-%75)	Медиана (%25- %75)		
Общий	45.142 (17-88)	95.048 (39-127)	-4.015	p<0,001
Мобильность	16.905 (5-33)	35.048 (16-45)	-4.022	p<0,001
Инерция	13.429 (4-33)	31.096 (7-48)	-3.981	p<0,001
Повторяющееся поведение	6.619 (2-14)	13.286 (5-25)	-4.020	p<0,001

Пагубное поведение	4.333 (1-9)	7.142 (3-15)	-3.524	p<0,001
Другой	4.333 (0-10)	8.476 (2-12)	-3.650	p<0,001

n=количество случаев,

p*=критерий Манна-Уитни p значение

Примечание. Статистически значимые результаты выделены жирным шрифтом.

В значениях между оценками шкалы КСПП не относящейся к ПМДР группе также наблюдалось увеличение баллов в тотальных ($z=-3.298$, $p=0,001$) и в таких промежуточных подшкалах как подвижность ($z=-3,315$, $p=0,001$), инерция ($z=-2.121$, $p=.034$), пагубное поведение ($z=-2,669$, $p=0,008$) и других ($z=-2,254$, $p=0,024$), которые показаны в таблице 7.

Таблица 7. Сравнение показателей по шкале КСПП в фолликулярной и лютеиновой фазах для случаев без ПМДР

КСПП	Фолликулярная фаза	Лютеиновая фаза	z	p
	Медиана (%25-%75)	Медиана (%25-%75)		
Общий	28.429(18-68)	45.714(27-77)	-3.298	,001*
Мобильность	8.5(4-30)	16.786(10-39)	-3.315	,001
Инерция	8.571(3-20)	11.857(1-25)	-2.121	,034
Повторяющееся поведение	5.643(3-9)	6.786(3-14)	-1.876	,061
Пагубное поведение	2.929(0-6)	4.786(2-8)	-2.669	,008
Другой	2.786(0-6)	4.071(1-9)	-2.254	,024

n=количество случаев,

p*=критерий Манна-Уитни p значение

Примечание. Статистически значимые результаты выделены жирным шрифтом.

ОБСУЖДЕНИЕ

На сегодняшний день проведено очень мало исследований, посвященных началу и симптомам менструального цикла у женщин с расстройством аутистического спектра. В центре внимания этого исследования было понять различный опыт девочек с РАС во время менструации и увидеть течение симптомов РАС в этом периоде, потому что порой симптомы, усилившиеся в предменструальный период, можно рассматривать как повседневные поведенческие проблемы, связанные с аутизмом. Существуют исследования, в которых сообщаются об увеличении частоты преждевременного полового созревания и увеличении частоты как раннего начала месячных, так и первичной аменореи^{11,16}. Помимо атипичного начала, эти исследования сообщают об увеличении патологий, связанных с менструальным циклом, включая дисменорею, нерегулярные менструальные циклы, меноррагию, гирсутизм, предменструальный синдром или

предменструальное дисфорическое расстройство и синдром поликистозных яичников^{17,18}.

Несмотря на повышенную частоту ПМДР, было замечено, что молодые люди с аутизмом имеют очень ограниченные знания об этих рисках в предменструальный период. Наши результаты показывают, что важно информировать молодых людей с РАС и их родителей об этих рискованных ситуациях, которые могут быть в менархе. Исследования показали, что женщины, осведомленные о распространенности и биологической основе заболевания, усилили чувство контроля, а количество жалоб уменьшилось²¹.

Родители могут неохотно рассказывать своим детям о подростковом возрасте и сексуальном здоровье, но это особенно важно для молодых людей с аутизмом, которые с меньшей вероятностью будут собирать информацию о сексуальных проблемах в социальных сетях. Целью психообразования является помощь женщинам в описании их симптомов, их причинах, предотвращении и уменьшении количества жалоб. Повышать осведомленность молодых людей и родителей по вопросам менструального цикла облегчит решение возможных проблем после менархе. Необходимы дополнительные исследования и рекомендации, чтобы справиться с физическими, эмоциональными и поведенческими изменениями и проблемами связанными со здоровьем женщин из этой особой группы. Рост проблемного поведения, связанного с РАС, в лютеиновой фазе заставляет нас думать, что очень важно повышать осведомленность врачей и педагогов, работающих с этими девочками, и оказывать необходимую соответствующую поддержку. Согласно данным, полученным в результате эпидемиологических исследований, было обнаружено, что существует связь между предменструальным дисфорическим расстройством и пожизненным диагнозом большой депрессии, где ПМДР увеличивает риск мажорной депрессии²². Учитывая повышенную частоту ПМДР у людей с РАС, важно не упускать из виду диагноз с точки зрения высокого риска смертности и заболеваемости.

В этом исследовании мы изучали распространенность ПМДР у 35 девочек-подростков с РАС, а также социальные, психологические и поведенческие переменные, которые могут быть связаны с ПМДР. В нашем исследовании средний возраст менархе у пациенток составил $11,4 \pm 1,14$ месяцев (минимум: 9, максимум: 14), а продолжительность регулярных менструаций - $30,51 \pm 24,22$ месяцев (минимум: 5, максимум: 84). В литературе средний возраст менархе, о котором сообщалось у девочек с РАС, варьировал от 11,7 до 13,8, что не сильно отличалось от нормально развивающихся сверстников и сверстников с нарушениями развития^{11,16}.

Кроме того, хотя показатели преждевременного полового созревания у девочек с РАС составляют 3,1%, этот показатель составляет 0,5% среди населения с нормальным развитием^{18,19}. В нашем исследовании возраст полового созревания определился как 10 лет и был зарегистрирован в 6 случаях (17%), и этот показатель оказался выше, чем данные, представленные в литературе. Тот факт, что наша исследовательская выборка была набрана из клинической популяции, могло вызвать это различие.

Частичное совпадение симптомов и неоднозначное появление симптомов затрудняют лечение, исследование и оценку распространенности состояний, связанных с РАС и ПМДР. Кроме того, индивидуальные различия, такие как возраст, интеллектуальное развитие могут повлиять на появление симптомов, связанных с РАС в предменструальном периоде¹². В нашем исследовании 60% случаев были диагностированы ПМДР на основании DSM V. Хотя исследования, изучающие распространенность ПМС у людей с РАС, ограничены, но по сравнению с их сверстниками диагнозом ПМС был выше и чаще наблюдалось усиление симптомов, связанных с менструацией, нерегулярными циклами, дисменореей, усилением кровотечений и меноррагией, тяжелыми акне, изменениями настроения и поведения в сравнении с нормально развивающимися ровестниками. В литературе есть исследование, посвященное распространению ПМС у женщин с РАС в возрасте от 18 до 45 лет¹². В этом исследовании Обайди Х. и др. определили распространенность ПМС у женщин с РАС в 92%, в сравнении с контрольной группой где ПМС был обнаружен у 11%. Хотя наше исследование было проведено из клинической популяции, наши результаты показывают, что частота ПМДР значительно больше у людей с РАС. А также, исследования возраста менархе показали, что ранний менархе увеличивает частоту ПМДР¹⁷. В нашем исследовании ПМДР чаще обнаруживалось у лиц с умеренным и тяжелым РАС, где степень тяжести РАС, определенная с помощью ШОДА, была выше в группе с ПМДР. Для людей с тяжелым аутизмом менструация считается особенно трудным и неприятным событием¹⁰. Статистически значимое увеличение подвижности, инерции, повторяющегося поведения, повреждающего поведения и других баллов по подшкалам было обнаружено при сравнении фолликулярной и лютеиновой фаз КСПП в группе с ПМДР. Аналогичным образом, в результате интернет-опроса, проведенного Гамильтоном и др. в 2011 году, было обнаружено, что у 33% участниц отмечалось усиление специфического для аутизма поведения во время и до начала менструации²⁰. В другом исследовании, проведенном в 2018 году, было выявлено, что менструация усугубила связанные с аутизмом трудности, симптомы резко ухудшились, и женщинам было намного труднее управлять повседневной жиз-

нию во время менструации¹⁰. Мы должны принять во внимание, что гормональные колебания в менструальном периоде у людей с РАС могут иметь большее влияние на настроение, поведение и физические симптомы, а то, что является нормальным, может иметь для них драматический эффект. Опять же, исследование Обайди Х. и др. подчеркнуло, что тяжесть симптомов, наблюдаемых в лютеиновой фазе менструального цикла у людей с РАС, и причины этих симптомов могут быть связаны с более высокими гормональными колебаниями, и что для этой конкретной группы населения очень важно понимать связанные с ними эффекты (включая потенциальные побочные эффекты лечения), циклические изменения, и провести дальнейшие исследования¹².

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Высокая частота ПМДР у людей с РАС и рост проблемного поведения в лютеиновой фазе менструального цикла являются одними из важных результатов нашего исследования. Необходимы дальнейшие исследования для изучения эффективности психосоциальных, психотерапевтических и психофармакологических подходов к этим проблемам, которые значительно ухудшают качество жизни этих людей и их семей.

Хотя ПМДР, возникающая в предменструальном периоде, в основном вызвана биологическими факторами, психосоциальные компоненты влияют на тяжесть этой картины. Следовательно, лечение ПМДР требует как биологических, так и психосоциальных вмешательств. В легких случаях приоритет должен включать изменение образа жизни, диету, физические упражнения, режим сна, когнитивно-поведенческие вмешательства, а в более тяжелых случаях следует рассмотреть возможность фармакологического лечения. Важно разработать поддерживающие и дополнительные вмешательства для решения проблемы пациента в сотрудничестве с психиатрической и гинекологической клиникой.

ЛИТЕРАТУРА

1. American Psychological Association (APA). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Depressive Disorders*. American Psychiatric Publishing, Inc; 2013. doi:10.1176/appi.books.9780890425596.dsm04
2. Halbreich U, Backstrom T, Eriksson E, et al. Clinical diagnostic criteria for premenstrual syndrome and guidelines for their quantification for research studies. *Gynecol Endocrinol*. 2007;23(3):123-130. doi:10.1080/09513590601167969
3. Roy-Byrne PP, Rubinow DR, Hoban MC, Grover GN, Blank D. TSH and prolactin responses to TRH in patients with premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry*. 1987;144(4):480-484. doi:10.1176/ajp.144.4.480
4. Rapkin AJ. The role of serotonin in premenstrual syndrome. In: *Clinical Obstetrics and Gynecology*.

- Vol 35. Clin Obstet Gynecol; 1992:629-636. doi:10.1097/00003081-199209000-00022
5. Rapkin AJ, Shoupe D, Reading A, et al. Decreased central opioid activity in premenstrual syndrome: Luteinizing hormone response to naloxone. *J Soc Gynecol Investig.* 1996;3(2):93-98. doi:10.1016/1071-5576(95)00045-3
 6. G Bartholini, K G Lloyd, B Scatton, B Zivkovic PLM. The GABA Hypothesis of Depression and Antidepressant Drug Action - PubMed. Accessed July 12, 2020. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2994153/>
 7. Frank RT. The hormonal causes of premenstrual tension. *Arch Neurol Psychiatry.* 1931;26(5):1053-1057. doi:10.1001/archneurpsyc.1931.02230110151009
 8. Fred R. Volkmar RPAKDJC, John Wiley & Sons. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Diagnosis ... - Google Kitaplar.*; 2005. Accessed July 15, 2020. https://books.google.com.tr/books/about/Handbook_of_Autism_and_Pervasive_Develop.html?id=r6z7CT5v8L4C&redir_esc=y
 9. Rosen TE, Mazefsky CA, Vasa RA, Lerner MD. Co-occurring psychiatric conditions in autism spectrum disorder. *Int Rev Psychiatry.* 2018;30(1):40-61. doi:10.1080/09540261.2018.1450229
 10. Steward R, Crane L, Mairi Roy E, Remington A, Pellicano E. "Life is Much More Difficult to Manage During Periods": Autistic Experiences of Menstruation. *J Autism Dev Disord.* 2018;48(12):4287-4292. doi:10.1007/s10803-018-3664-0
 11. Burke LM, Kalpakjian CZ, Smith YR, Quint EH. Gynecologic Issues of Adolescents with Down Syndrome, Autism, and Cerebral Palsy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010;23(1):11-15. doi:10.1016/j.jpag.2009.04.005
 12. Obaydi H, Puri BK. Prevalence of premenstrual syndrome in autism: a prospective observer-rated study. *J Int Med Res.* 2008;36(2):268-272. doi:10.1177/147323000803600208
 13. Schopler, E., Reichler, R. J., & Renner BR. *The Childhood Autism Rating Scale.* Scientific Research Publishing; 1988. Accessed October 14, 2020. [https://www.scirp.org/\(S\(i43dyn45teexjx455qlt3d2q\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1367653](https://www.scirp.org/(S(i43dyn45teexjx455qlt3d2q))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=1367653)
 14. Karabekiroglu K, Aman MG. Validity of the aberrant behavior checklist in a clinical sample of toddlers. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2009;40(1):99-110. doi:10.1007/s10578-008-0108-7
 15. Dereboy Ç DİYFÇA. Dereboy Ç, Dereboy İF, Yiğitol F, Çoşkun A. Premenstrüel Değerlendirme Formunun psikometrik verileri: Küme analitik bir çalışma. *Türk Psikiyat Derg.* 1994;5(2):83-90. Accessed October 14, 2020. <http://psikiyatridizini.net/articles.aspx?journalid=13&year=1994&volume=5&number=2>
 16. Lee DO. Menstrually related self-injurious behavior in adolescents with autism [6]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(10):1193. doi:10.1097/01.chi.0000135624.89971.d1
 17. Pohl A, Cassidy S, Auyeung B, Baron-Cohen S. Uncovering steroidopathy in women with autism: A latent class analysis. *Mol Autism.* 2014;5(1):27. doi:10.1186/2040-2392-5-27
 18. Ingudomnukul E, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Knickmeyer R. Elevated rates of testosterone-related disorders in women with autism spectrum conditions. *Horm Behav.* 2007;51(5):597-604. doi:10.1016/j.yhbeh.2007.02.001
 19. Baio J, Wiggins L, Christensen DL, et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ.* 2018;67(6):1-23. doi:10.15585/mmwr.ss6706a1
 20. Hamilton A, Marshal MP, Murray PJ. Autism spectrum disorders and menstruation. *J Adolesc Heal.* 2011;49(4):443-445. doi:10.1016/j.jadohealth.2011.01.015
 21. Blake F, Salkovskis P, Gath D, Day A, Garrod A. Cognitive therapy for premenstrual syndrome: A controlled trial. *J Psychosom Res.* 1998;45(4):307-318. doi:10.1016/S0022-3999(98)00042-7
 22. Inoue Y, Terao T, Iwata N, et al. Fluctuating serotonergic function in premenstrual dysphoric disorder and premenstrual syndrome: Findings from neuroendocrine challenge tests. *Psychopharmacology (Berl).* 2007;190(2):213-219. doi:10.1007/s00213-006-0607-9

Анализ аутоагрессивных действий и их мотивов, совершенных лицами с расстройствами личности

Эльдарова Н.Н., Асадов Б.М., Вагабов Н.Э.

Şəxsiyyət pozuntusu olan şəxslər tərəfindən törədilmiş autoaqrəssiv əməllərinin və onların motivlərinin təhlili

Eldarova N.N., Əsədov B.M., Vahabov N.E.

Analysis of autoaggressive actions and their motives carried out by persons with personality disorders

Eldarova NN, Asadov BM, Vahabov N.E.

Кафедра психиатрии АМУ

Şəxsiyyət pozuntusu olan 211 şəxs tərəfindən törədilmiş autoaqrəssiv hərəkətlərin müqayisəli tədqiqatı, autoaqrəssiyanı müəyyən edən kliniki-dinamik və sosial-psixoloji əlamətlərinin müəyyənləşdirilməsinə, onların tipologiyasının və motivlərinin təyin olunmasına imkan yaratdı. Autoaqrəssiv hərəkətlər etmiş şəxslərdə müxtəlif növ şəxsiyyət pozuntularının kliniki meyarları aydınlaşdırılıb və müəyyənləşdirildi. Şəxsiyyət pozuntularının, auto-aqrəssivliyin xüsusiyyətləri, habelə deviant davranışın formalaşmasına səbəb olan motivlər arasındakı qarşılıqlı əlaqə müəyyən edilmişdir.

Açar sözlər: şəxsiyyət pozuntusu, autoaqrəssiv hərəkətlər, kliniki-dinamik və sosial-psixoloji əlamətlər, auto-aqrəssivliyin xüsusiyyətləri.

A comparative study of autoaggressive actions committed by 211 individuals with personality disorders allowed to identify the clinical-dynamic and socio-psychological features that determine autoaggression, to determine their typology and motives. The clinical criteria for various types of autoimmune disorders have been clarified and identified. The relationship between personality traits, the characteristics of auto-aggression, as well as the motives that lead to the formation of deviant behavior has been identified.

Keywords: personality disorder, autoaggressive behavior, clinical-dynamic and socio-psychological symptoms, features of auto-aggression.

Аутоагрессия и ее наиболее выраженная форма – суицидальное поведение – одна из вечных проблем человечества, поскольку существует как явление практически столько же, сколько существует сам человек. В психиатрии аутоагрессия стала исследоваться, начиная с конца XIX – начала XX веков, когда появились труды Эмиля Дюрк-

гейма [1] и Зигмунда Фрейда [2, 3], ставшие фундаментальными исследованиями по данной проблеме.

Люди часто медленно убивают себя, не осознавая своих летальных намерений. Образ жизни лиц, к которым относится это утверждение, является движением в сторону саморазрушения. Те же силы, которые толкают человека к прыжку вниз с обрыва, лежат в основе «непрямого» суицида и таких опасных привычек как злоупотребление алкоголем, наркотиками, подверженность необоснованному риску и т.д.

Р.С.Holinger из Национального Института психического здоровья США [4] отмечает, что суицидальное поведение есть следствие социально-психологической дезадаптации личности в условиях переживаемого микро-социального конфликта. Чтобы более точно понять суицидальное поведение, необходимо в каждом конкретном случае выяснить, во-первых, причину ауто-агрессивного поведения и, во-вторых, его мотивы.

В настоящем исследовании были проведены клинико-психопатологический и патопсихологический анализы 211 лиц, с расстройствами личности, совершивших аутоагрессивные действия.

Касаясь оценки клинической структуры состояний обследованных лиц при совершении аутоагрессивных действий следует сказать, что их распределение было различным, что нашло свое отражение на рисунке 1.

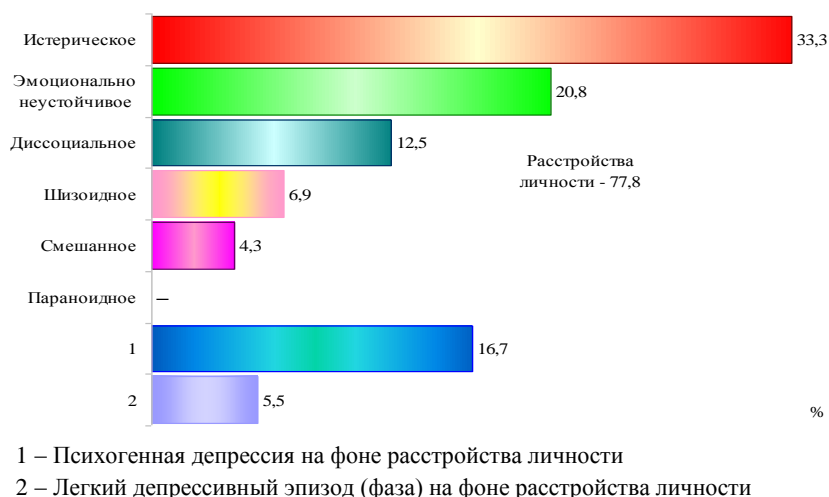


Рис. 1. Клиническая структура психических расстройств, установленных у лиц с расстройствами личности, на период аутоагрессивных действий

Как видно из рисунка, в подавляющем числе случаев – 56 (77,8%) у обследованных лиц диагностировались различные формы расстройств личности, среди которых наибольший удельный вес занимали лица с истерическим (24 – 31,9%), эмоционально неустойчивым (15 – 20,8%) и диссоциальным (9 – 12,7%) расстройствами личности, в 16,7% (12 чел.) случаев на фоне расстройства личности развивалась психогенная депрессия, в 5,5% (4 чел.) – легкий депрессивный эпизод (фаза).

Клиническое выражение психопатологических расстройств на период совершения суицидальных попыток и их дальнейшая динамика, а также формы реализации суицидального поведения были различными. Ретроспективный клинический анализ особенностей дисгармонии психического склада при расстройствах личности представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Ретроспективная клиническая оценка дисгармонии психического склада у лиц с расстройствами личности, совершивших суицидальные попытки

№	Сфера	Клинические проявления дисгармонии	Эмоцион. неустойч.		Диссоциальное		Шизоидное		Истерическое	
			абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
1	Эмоциональная	Неспособность сдерживать эмоции	29	100	3	37,5	4	100	5	100
		Замедление дифференциации эмоций	29	100	8	100	2	50,0	2	40
		Аффективная возбудимость	29	100	5	62,5	-	-	5	100
2	Волевая	Несамостоятельность	12	41,4	8	100	4	100	5	100
		Повышенная внушаемость	29	100	8	100	4	100	5	100
		Неумение подчинять свое поведение требованиям	29	100	8	100	4	100	5	100
		Слабость произвольной регуляции поведения	29	100	8	100	4	100	5	100
		Неспособность к длительному выполнению работы	29	100	8	100	4	100	5	100
		Незрелость чувства долга	29	100	8	100	4	100	-	-
		Нетерпеливость	29	100	8	100	-	-	-	-

3	Поведение	Двигательная расторможенность	17	58,6	3	37,5	3	75,0	5	100
		Зависимость поведения от других	10	34,5	8	100	4	100	3	60,0
		Симбиотическая привязанность к	-	-			4	100	3	60,0
		Неприятие школьной ситуации	27	93,1	8	100	-	-	4	80,0
		Завышенные требования к другим	29	100	4	50,0	4	100	5	100
4	Мышление	Аффективное мышление	29	100	7	87,5	-	-	5	100
		Лживость, псевдология	17	58,6			-	-	5	100
		Завышенная самооценка	16	55,2	5	62,5	4	100	5	100
		Хвастовство	11	37,9	-	-	-	-	5	100
5	Мотивация	Слабый уровень мотивации	29	100	7	87,5	4	100	5	100
		Низкий познавательный интерес	29	100	6	75,0	4	100	5	100
		Преобладание игровых интересов над учебными	29	100	7	87,5	4	100	5	100

Как видно из представленной таблицы, в большинстве случаев при всех установленных диагнозах «Расстройство личности» наблюдалась выраженная дисгармония психического склада, проявляющаяся в первую очередь признаками инфантилизма в эмоционально-волевой сфере, а также в мышлении, мотивации и поведении. Наиболее выраженной была дисгармония при истерическом, эмоционально-неустойчивом и диссоциальном расстройствах и несколько менее значительно – при шизоидном и смешанном.

При эмоционально-неустойчивом расстройстве личности – 15 наблюдений (20,8%), в большинстве случаев обследуемые рано стали вовлекаться в асоциальные компании, курили табак, употребляли различные алкогольные напитки. В поведении преобладали мотивы получения удовольствия, игры, общения со сверстниками, посещения диско-баров и т.п. В состоянии алкогольного опьянения становились повышено вспыльчивыми, демонстративными, с бахвальством провоцировали сверстников на драки. Настроение у них было неустойчивым, окружающих оценивали в зависимости от преобладающего на данный момент настроения. 7 человек демонстративно-шантажные суицидальные попытки (самопорезы предплечий) совершали на виду у окружающих, при попадании в полицию, чтобы «доказать свое мужское достоинство» или «избежать наказания». В период совершения данных действий, со слов обследуемых, было двойственное желание –

с одной стороны, было желание умереть, с другой – напугать окружающих возможной потерей сознания в результате кровопотери и тем самым «быть прощенным».

В 4 наблюдениях суицидальные попытки демонстративно шантажного характера были совершены обследуемыми в период ссоры с родителями по поводу позднего возвращения домой. прогулов на учебе и работе, которые совершались также импульсивно, подручными средствами (лезвия, нож, ножницы, стекло).

В 4 наблюдениях наблюдались спонтанные снижения настроения, которые мы оценивали как легкий депрессивный эпизод на фоне расстройства личности. На этом фоне у больных возникали мысли о нежелании жить, в результате чего испытуемые также наносили себе глубокие самопорезы предплечий с целью лишения себя жизни. В данных случаях суицидальные попытки расценивались нами как истинные.

В процессе нахождения на стационарном лечении подавляющее большинство обследованных с трудом придерживались режима отделения, конфликтовали с другими больными, младшим медицинским персоналом, нередко становились зачинщиками конфликтов, обижали душевнобольных (могли толкнуть, ударить, заставить делать уборку в палате за себя, забирали у них пищевые продукты). Hand-тест показал высокие показатели по шкале агрессия (25-30%) и низкие по шкале коммуникативность (1-5%).

При смешанном расстройстве личности – 12 наблюдений (16,7%), обследуемые росли послушными, подчиняемыми, пассивными, неуверенными в собственных силах. Друзей имели мало, трудно находили общий язык со сверстниками, не могли отстоять свои интересы. Они затруднялись в самостоятельном выборе будущей профессии, все серьезные вопросы за них решали родители. Особенно трудно им давались отношения со сверстницами. В ходе конфликтов у них снижалось настроение, они становились тревожными, не могли самостоятельно найти выход из сложившейся ситуации. У 9 человек при смене привычного стереотипа жизни (поступление на учебу, изменение места жительства и привычного микросоциального окружения) наблюдались спонтанные колебания настроения в сторону пониженного, на фоне которого возникали мысли о нежелании жить. Данные состояния оценивались нами как психогенная депрессия на фоне сме-

шанного расстройства личности. Переходу суицидальных мыслей в замыслы, намерения и собственно суицидальные действия способствовало отсутствие поддержки со стороны близких и знакомых, затруднения в приспособлении к новым условиям жизни. Пресуицидальный период был аффективно-напряженного типа, в этом состоянии указанные лица принимали средства бытовой химии (ацетон, уксусную эссенцию) с целью самоубийства. Препятствием для доведения суицидальной попытки к летальному исходу являлась физиологическая рвотная реакция на отравление. После попытки самоотравления аффективная напряженность снижалась, суицидальные намерения редуцировались, хотя мысли о нежелании жить оставались актуальными на протяжении 3-7 дней. Данный тип суицидальных попыток мы расценивали ретроспективно как истинные. 3 человека – после разрыва значимых отношений (конфликты с девушками, разрыв отношений) на виду у субъекта конфликта наносили неглубокие самопорезы на предплечья. Целью таких действий, со слов обследуемых было то, что они хотели обратить на себя внимание, вызвать жалость, сохранить отношения. Такой тип суицидального поведения квалифицировался нами как демонстративно-шантажное суицидальное поведение. Hand-тест выявил у них высокие показатели по шкале зависимость (3-8%), страх (4-6%).

При шизоидном расстройстве личности (8 набл. – 11,1%) испытуемые с раннего детства отличались медлительностью и отсутствием стремления к общению. В эмоциональной сфере отмечалась склонность к внезапным аффективным реакциям, не соответствующим по силе вызвавшему их раздражителю. Характерной была односторонняя направленность интересов, отсутствие стремления к игре с другими детьми. Их интересовали только те вопросы, которые находились в поле их интересов, при попытке вовлечь в игру, они проявляли рассеянность, быстро теряли интерес. Их моторика была лишена гармоничности и естественности. В период обучения в школе они не проявляли интереса к дисциплинам, были малозаметны. Временами они проявляли отсутствие такта, неумение считаться с интересами окружающих. Hand-тест выявил у них высокие показатели по шкале зависимость (4-8%), страх (5-6%).

Суицидальное поведение у них характеризовалось малой мотивированностью и аутистическими представлениями. Суицидальные по-

попытки они совершали после конфликтов в семейной сфере (конфликты родителей, развод родителей) с целью сохранить семью, прекратить конфликт. У 2 человек это были самопорезы предплечий и у 3 – самоотравления медикаментами. Все случаи суицидального поведения были совершены на виду у родителей, носили смешанный характер – истинное суицидальное поведение сочеталось с демонстративно-шантажным.

При истерическом расстройстве личности (24 набл. – 33,3%), наиболее типичной психопатологической чертой являлась повышенная внушаемость в сочетании с аффективной логикой, ограниченностью знаний и интересов. Для них были характерны слабая дифференцировка, элементарность эмоциональных проявлений, выраженные эгоистические тенденции. Все их поведение и формы реагирования отражали стремление привлечь внимание окружающих и с их помощью избежать или смягчить тягостную ситуацию (объективно существующую или субъективно представляемую).

Эмоциональная незрелость проявлялась большой выразительностью и малой дифференцированностью аффективных проявлений, поверхностностью чувств и привязанностей. Наблюдалась быстрая смена, неустойчивость и поверхностность интересов, симпатий и антипатий, преобладание эгоистических чувств. Инфантилизм волевых функций проявлялся в неустойчивости внимания, невозможности подавить то или иное побуждение, сдерживать эмоции, отсутствии прилежания и упорства в достижении цели, детском упрямстве. Они легко усваивали новое, но в то же время обнаруживали поверхностность знаний. Интеллектуальная незрелость проявлялась в поверхностности и наивности суждений, необоснованности выводов (основанных на эмоциональной логике). Hand-тест показал высокие показатели по шкале агрессия (25-30%) и низкие по шкале коммуникативность (1-5%).

Суицидальные попытки совершались данной категорией лиц импульсивно, с целью привлечь к себе внимание, изменить ситуацию в свою пользу. Суицидальные попытки совершались посредством нанесения поверхностных самопорезов подручными средствами (в 9 случаях – стеклом от разбитой бутылки, в 15 – лезвием бритвы или ножа). Пресуицидальный период ретроспективно квалифицировался нами как состояние аффективно-напряженного типа. Все суицидальные попытки квалифицировались как демонстративно-шантажные.

Постсуицидальный период во всех случаях был критическим, однако на словах угрожали повторить попытку самоубийства, если не будет достигнута их цель.

При определении уровня аутоагрессивности у обследованных лиц было выявлено, что отличительной их особенностью, независимо от формы расстройства личности явились высокие показатели аутоагрессивности, которые были повышены при активных суицидальных тенденциях и истинных суицидальных попытках. У части лиц истинные тенденции к самоубийству сочетались с высокой степенью демонстративности, что указывает, по всей вероятности, на смешанный, истинно-демонстративный характер самодеструктивных проявлений у данного контингента больных. В наименьшей степени аутоагрессивность проявлялась при пассивных суицидальных тенденциях, демонстративных попытках самоубийств, аутоагрессивных тенденциях.

Для понимания мотивов, которые движут личностью совершающей попытку суицида, необходимо собрать и проанализировать сведения о его семейной ситуации, которая может отражать возможные эмоциональные нарушения у других членов семьи. Кроме того, семье принадлежит значительная роль в усвоении личностью социально-культурных норм и моделей поведения, она является одним из необходимых условий для понимания причин, формирующих девиантное поведение обследованных больных.

Из полученных нами анамнестических данных большинство обследуемых выросли в полных семьях при наличии обоих родителей:

в группе суицидентов:

- 34 человека из полной семьи (65,4%)
- 18 человек из неполной семьи (34,6%)

в группе лиц с аутодеструктивным поведением:

- 17 человек из полной семьи (85%)
- 3 человека из неполной семьи (15%)

При этом, несмотря на преобладание полных семей необходимо отметить, что при разграничении внутрисемейных отношений в первой группе обследованных неблагоприятные отношения отмечались в 29-и случаях (55,8%), а благоприятные – в 23-х случаях (44,2%). Во второй группе в 9-и случаях имели место нормальные семейные отношения (45%), в 11-и случаях – семейные отношения были напряженными (55%). Помимо этого, большую роль в формировании девиа-

нтного поведения играют особенности воспитания в семье, что отражено на рисунке 2.

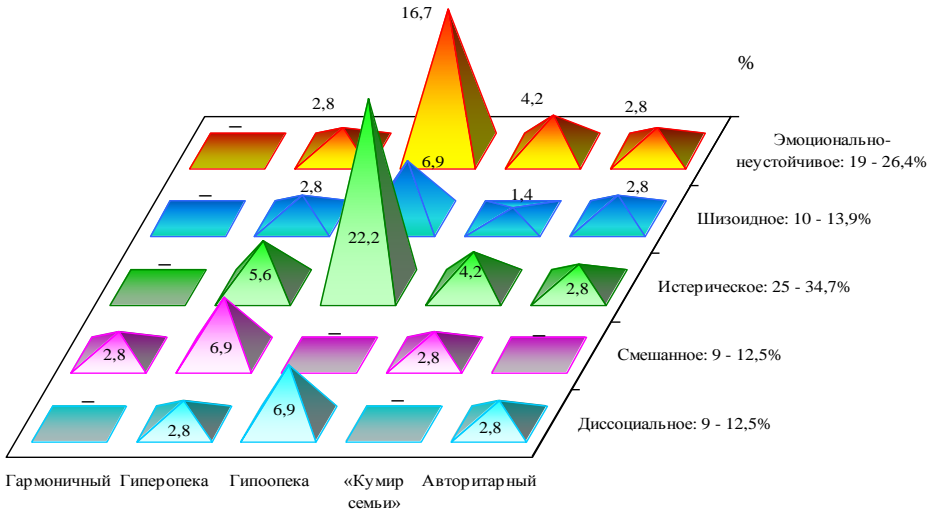


Рис. 2. Характеристика типов воспитания в родительской семье лиц с расстройствами личности, совершивших аутоагрессивные действия

Большая часть обследованных лиц с расстройствами личности воспитывались в условиях гипоопеки (38 – 52,8%), гиперопеки (15 – 20,8%) и по типу «кумир семьи» (9 – 12,5%). Лишь в 2-х случаях (2,8%) обследованные лица воспитывались в гармоничных условиях. При личных беседах с обследуемыми удалось выяснить, что в подавляющем большинстве случаев в семьях, где интраперсональные отношения были натянутыми, дисгармония в семье проявлялась в виде рассогласования целей, потребностей и мотиваций у членов семьи. Отмечались нарушения обратной связи между родными, отсутствовало взаимопонимание, вследствие чего они не могли предвидеть реакции другого. Формировалась ситуация, когда обследуемый начинал жить сам по себе, оказавшись в одиночестве перед коалицией объединившихся против него родных ему людей. Чувство изолированности, эмоциональной чуждости и одновременное биологическое родство постепенно формировали внутриличностный конфликт, который в последующем выливался в аутоагрессию.

Несомненно, на формирование аутоагрессивных тенденций определенное влияние оказывают и социальные условия. Вряд ли следует считать случайным тот факт, что в группе лиц, совершивших суицидальные

попытки, на момент совершения суицида 32 человека (61,5%) были холосты, 5 человек (9,6%) – разведены и лишь 15 человек (28,8%) женаты. В группе лиц с аутодеструктивными тенденциями 13 человек (65%) были холосты, а 7 человек (35%) женаты. Однако, и в тех случаях, когда у обследованных лиц имелась семья, в большинстве случаев она не была благополучной, отношения между супругами зачастую носили конфликтный или формальный характер.

Немаловажным фактором, влияющим на формирование девиантного поведения, включая аутоагрессию, являются алкоголь и наркотики. Однако, наши клинические данные указывают на то, что на формирование аутоагрессии среди наших обследуемых алкоголь и наркотики оказывали весьма незначительное влияние. Так, среди обследованных больных лишь 7 человек (9,8%) эпизодически употребляли алкоголь либо наркотики.

Учитывая, что многие психоаналитические теории рассматривают алкоголизацию и наркотизацию как «подсознательный латентный суицид» столь низкий процент данных факторов в нашем исследовании, объясняется нами тем, что лица, описываемые в данной главе, отнюдь не являлись истинными суицидентами и их суицидальные попытки в большинстве носили демонстративно-шантажный характер. Подробное изучение обстоятельств, в которых были совершены суицидальные попытки, показывает, что в подавляющем большинстве случаев аутоагрессия была совершена в атмосфере конфликта, на высоте аффективных эмоций и носила больше импульсивный характер, нежели являлась целенаправленным суицидом.

В характере аутоагрессивных действий, совершенных лицами с расстройствами личности особых различий не обнаружилось. При срыве и ослаблении компенсаторных механизмов у данной группы лиц наиболее часто встречались психопатические реакции и психопатические декомпенсации, возникавшие в ответ на сложные психотравмирующие ситуации с резким изменением благоприятной ранее окружающей среды. Неоднозначна по своей структуре и сама форма декомпенсаций у данных лиц. В момент декомпенсации на фоне нарушения вторичных компенсаторных патохарактерологических черт отмечалось гротескное заострение первичных личностных особенностей. Психопатические реакции протекали по типу резкого усиления уже ранее сформировавшегося способа реагирования на психогенные воздействия. Это приводило к своеобразным «нерв-

ным срывам» в виде всплесков ярости, обиды, демонстративности, угроз, оскорблений и наконец аффективных разрядов с аутоагрессивными действиями.

В отличие от психопатических декомпенсаций в группе лиц с психогенной депрессией или легким депрессивным эпизодом на фоне расстройства личности аутоагрессивные действия отнюдь не носили импульсивный и демонстративный характер. Почти всем суицидальным попыткам, в данной группе предшествовали затяжные (от нескольких месяцев до нескольких лет) конфликты либо в семье, либо на работе. У всех обследованных отмечалось пониженное настроение, ощущение безысходности своего положения, чувство накопившейся обиды. Если даже в некоторых случаях непосредственно перед суицидальной попыткой имел место конфликт, то он отнюдь не являлся собственно причиной аутоагрессивного действия, а служил лишь пусковым механизмом по типу «последней капли» в затяжной конфликтной ситуации. Для обследуемых суицидальная попытка являлась средством «избавления» от длительной фрустрации, возникшей вследствие длительных неблагоприятных обстоятельств.

Способы совершения суицидальных попыток в обеих группах были схожи.

Классификация суицидального поведения по категории цели представлено на рисунке 3.

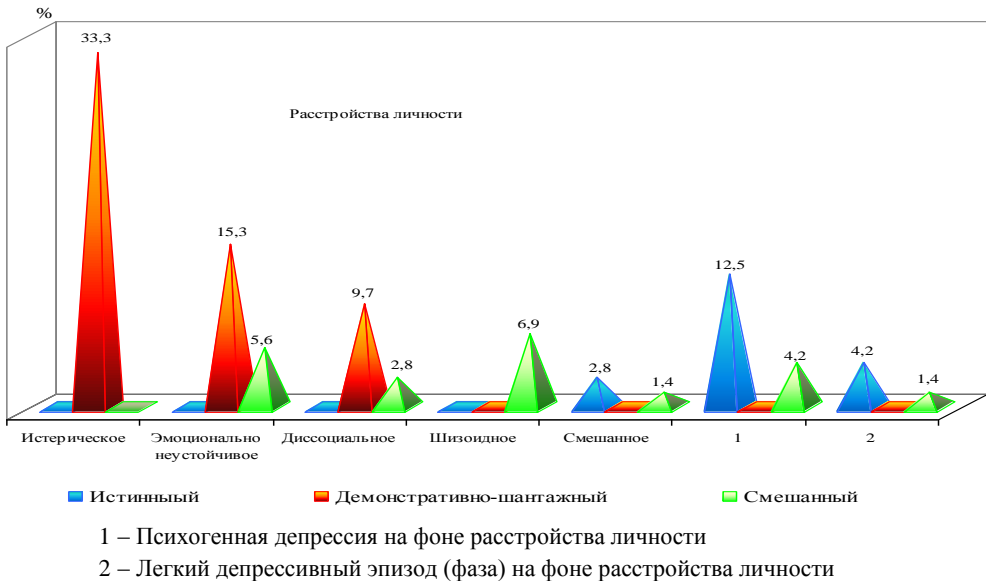


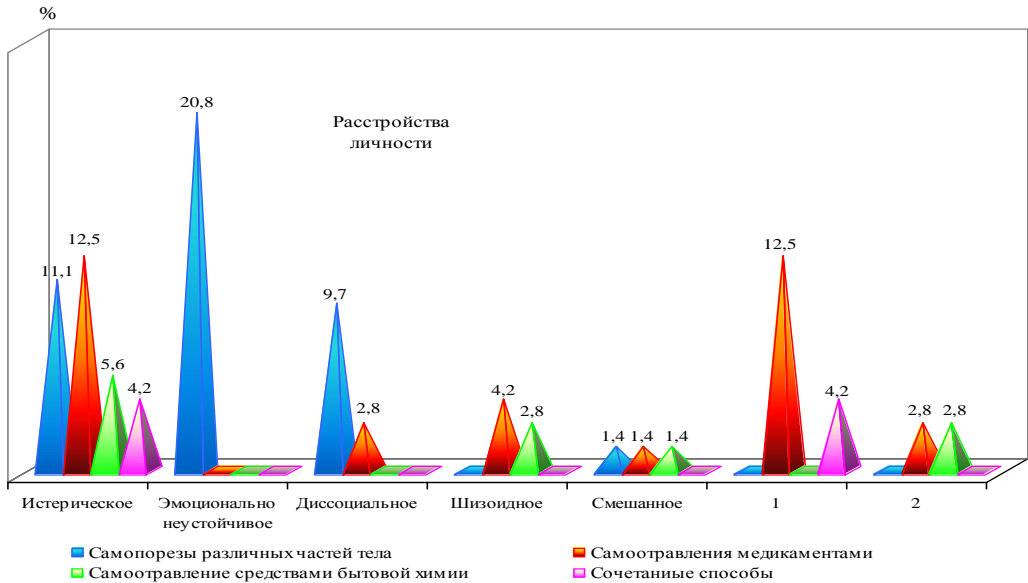
Рис. 3. Классификация аутоагрессивного поведения по категории цели

В подавляющем большинстве случаев – 42 (58,3%) суицидальное поведение носило демонстративно-шантажный характер и лишь в 14 (19,4%) случаях носило истинный характер (причем данные попытки совершали 9 (12,5%) обследованных с психогенной депрессией на фоне расстройства личности, 3 человек (4,2%) – в состоянии легкого депрессивного эпизода на фоне расстройства личности. В 16 (22,2%) случаях наблюдался смешанный тип суицидального поведения: данная категория больных утверждала, что на момент совершения суицидальной попытки у них было двойственное отношение – с одной стороны они стремились добиться желаемого, – с другой, если бы желаемое не было достигнуто, то предпочли бы (на тот период) «легкую смерть».

Преобладающие способы аутоагрессивных действий представлены на рисунке 4.

Среди обследованных больных аутоагрессивные действия в виде самопорезов отдельных частей тела большинство составили лица с эмоционально-неустойчивым, диссоциальным и истерическим расстройствами личности, в то время как лица с шизоидным и смешанным расстройствами личности предпочитали самоотравления медикаментами и средствами бытовой химии.

Подробный анализ клинических случаев в данной главе показывает, что большинство аутоагрессивных действий, совершенных лицами эмоционально-неустойчивым, диссоциальным и истерическим расстройствами личности, носили демонстративно-шантажный характер, при этом демонстративные суицидальные попытки выражались в разыгрывании театральных сцен с изображением попыток самоубийства безо всякого намерения действительно покончить с собой, иногда с расчетом, что вовремя спасут. Все действия предпринимались с целью привлечь или вернуть утраченное к себе внимание, разжалобить, вызвать сочувствие, избавиться от грозящих неприятностей или, наконец, чтобы «наказать обидчика», обратив на него возмущение окружающих или доставить ему серьезные неприятности. Место, где совершалась демонстрация, свидетельствовало обычно о том, кому она адресована: дома – родным, на работе – сослуживцам и т.д.



- 1 – Психогенная депрессия на фоне расстройства личности
 2 – Легкий депрессивный эпизод (фаза) на фоне расстройства личности

Рис. 4. Способы совершения аутоагрессивных действий лицами с расстройствами личности

Истинное суицидальное поведение было зафиксировано нами у 14-ти (19,5%) лиц с расстройствами личности. Среди этого контингента обследованных отмечались лица со смешанным расстройством личности – 2 (2,9%) человека, больные с психогенной депрессией на фоне расстройства личности – 9 (12,5%) и легким депрессивным эпизодом (фаза) на фоне расстройства личности – 3 (4,1%) человека. Здесь имело место обдуманное, нередко постепенно выношенное намерение покончить с собой. Обследуемые в данной группе зачастую строили свое поведение так, чтобы суицидальным действиям «не помешали». В оставленных записках обычно звучали идеи самообвинения, записки более адресованы самому себе, чем другим или предназначены для того, чтобы избавить от обвинений близких. Для формирования того или иного варианта суицидоопасной реакции большое значение имел и патологический склад характера, и степень выносливости к фрустрации вообще: состояние энергетических ресурсов индивида; особенности межличностных отношений со значимыми другими лицами из ближайшего окружения. Основными характерными чертами обследуемых

в данной группе являлись негативная оценка настоящего, будущего и собственных возможностей, исчезновение смысла жизни. Отмечалось выраженное изменение мироощущения, мировосприятия, суждений и оценок, видоизменение системы ценностей. Обследуемые отличались склонностью к самоанализу, пессимистическим выводам при интерпретации различных жизненных событий. Формировались негативно окрашенные представления о собственной ненужности, бесцельности и мучительности дальнейшей жизни, пессимистический вывод о невозможности разрешить кризис. Важно отметить, что данные представления вытекали из болезненного изменения настроения, «цепочка жизненных неудач» обуславливала особенности когнитивной сферы, тенденции к формированию депрессивного аффекта. Как показывают наши данные, у большинства обследованных сначала появлялись мысли расстаться с жизнью или такая возможность допускалась. Рассмотренные нами истинные суицидальные попытки, как правило, возникали как реакция на относительно затяжные конфликты, начинающиеся с аффективных переживаний, но быстро генерализирующиеся и охватывающие все уровни психической деятельности. Немаловажным фактором является тот факт, что после суицидальной попытки у обследуемых длительное время сохранялся суицидальный риск, что свидетельствовало об истинности суицидальных намерений, чего не отмечалось в группе лиц с демонстративно-шантажными суицидальными попытками.

Аутодеструктивные действия исследуемого контингента в подавляющем большинстве случаев – 14 (70,0%) проявлялись в виде самопорезов предплечий, области плеча и живота, в 6 (30,0%) – множественных поверхностных порезов кожи рук и груди.

Все формы аутодеструктивного поведения по типологии и цели нами были разделены на следующие группы. В более чем половине наблюдений – 11 (50,0%) встречался релаксационный тип аутодеструктивного поведения – целью его было снятие психо-эмоционального напряжения и улучшение настроения. Обследованные больные после какой-либо конфликтной ситуации на высоте аффективного напряжения наносили себе различной степени тяжести и глубины порезы в области предплечья, плеча, живота или груди с целью успокоиться и снять психический дискомфорт. Практически все они, при этом, отмечали притупление ощущения боли (таблица 2).

Таблица 2.

**Распределение аутодеструктивного поведения у лиц
с расстройствами личности**

№	Типология аутодеструктивного поведения	Цель аутодеструктивного поведения	К-во	%
1	Релаксационное	Снятие эмоционального напряжения	11	55
2	Манипулятивное	Демонстрация самоповреждений с целью манипуляции ближайшим окружением .	4	20
3	Демонстративное	Для доказательства любви, самоутверждения, «на спор»	3	15
4	Мазохистическое	Получение удовольствия от нанесения себе самоповреждений	1	5
5	Симулятивное	Попытка уклонения от службы в армии, уголовного преследования, какого-либо	1	5
Итого			20	100

Другой формой аутодеструктивного поведения был манипулятивный тип, наблюдавшийся в 4 (20,0%) наблюдениях – целью которого была демонстрация самоповреждений с целью манипуляции ближайшим окружением (с целью достижения своей цели).

Несколько реже (3 наблюдения – 15,0%) аутодеструктивное поведение квалифицировалось нами как демонстративный тип. Мотивом его было «доказательство своей любви», «доказательство силы воли» (зачастую на спор). Данный тип аутодеструктивного поведения наблюдался в наших наблюдениях в подростковом возрасте когда лица с расстройством личности наносили самопорезы на предплечьях на виду у окружающих с целью доказательства истинности своих чувств или намерений, либо в группе на спор, с целью доказать свою мужественность, способность терпеть боль.

Мазохистическое аутодеструктивное поведение наблюдалось в одном (5,0%) наблюдении. Его основной целью было получение удовольствия от нанесения себе самоповреждений (самопорезов, прижигания кожных покровов). Совершались самоповреждения чаще в одиночестве, затем нанесенные самоповреждения демонстрировались друзьям, с целью «поднятия» статуса. В 1 (5,0%) наблюдении обследованное лицо намеренно наносило множественные самопорезы предплечий с целью уклонения от военной службы, уголовного или какого-либо другого наказания – симулятивный тип аутодеструктивного

поведения.

Вышеуказанные особенности аутоагрессий отражают те или иные параметры клинических вариантов расстройств личности. Е.В.Змановская [5] выделяет следующие особенности лиц с расстройством личности, склонных к аутоагрессивным действиям: эмоциональную зависимость, застревание аффекта, эмоционально-вегетативную лабильность, недифференцированную, импульсивную агрессивность, провоцирующую большое количество конфликтных ситуаций, склонность к разрушению и саморазрушению, особое отношение к смерти.

Как показал проведенный анализ, близость самодеструктивных и психопатических проявлений нередко приводит к усложнению клинической картины данной психической патологии, ошибочной квалификации многих отклонений с недоучетом, как правило, их аутоагрессивной природы, а как следствие этого – недостаточно адекватному комплексу проводимых коррекционных мероприятий. Кроме того, общность этих проявлений во многом обуславливает и определенные закономерности их взаимного влияния и потенцирования. Поэтому знание аутоагрессивности может дать более полное и уточненное представление о клинике расстройств личности и в значительной степени будут способствовать правильному выбору мер медицинского характера.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дюркгейм Э. Самоубийство: Социологический этюд / Пер, с фр. с сокр.; Под ред. В. А. Базарова.—М.: Мысль, 1994.— 399 с.
2. Фрейд З.: Письма к невесте . СПб.: Азбука – классика, 2006.
3. Фрейд З.: Тотем и табу. СПб.: Азбука – классика, 2006.
4. Holinger PC, Offer D. Prediction of adolescent suicide: a population model. Am J Psychiat 1982; 52 (3): 302–7.
5. Змановская Е. В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения). – М., 2003.

Xroniki virus hepatatinə (HVC, HBV) yoluxmuş hemodializ xəstələrində depressiya, təşviş və stress səviyyəsinin ölçülməsi

Fərəcli O.V.

Measurement of depression, anxiety and stress levels in patients with hemodialysis infected with chronic viral hepatitis (HVC, HBV)

Faracli O.V.

Измерение уровня депрессии, тревоги и стресса у пациентов на гемодиализе, инфицированных хроническим вирусным гепатитом (HVC, HBV)

Фараджли О.В.

Respublika psixiatriya xəstəxanası

E-mail: ferecliiorxan@gmail.com

Цель: Цель этого исследования - сравнить депрессию, стресс и тревогу у гемодиализных пациентов с HVC и HVB-инфекцией с группой, получающей гемодиализ, которая не инфицирована этими вирусами. Материалы и методы: Было задействовано такое же количество неинфицированных пациентов. Тест самооценки DaSS-21 был разработан для определения степени депрессии, беспокойства и стресса у пациентов.

Результаты: Заключение: это исследование показало, что пациенты, находящиеся на гемодиализе, были более склонны к психологическим проблемам, таким как депрессия, беспокойство и стресс. Хотя эта тенденция не усиливается с добавлением дополнительных инфекционных заболеваний, психиатрическая помощь людям, страдающим этим заболеванием, улучшит их качество жизни.

Ключевые слова: хронический вирусный гепатит, донор, гемодиализ, депрессия, беспокойство, стресс

Objective: The aim of this study is to compare depression, stress, and anxiety in hemodialysis patients with HVC and HVB infection with a group receiving hemodialysis without these viruses. Materials and Methods: The same number of non-infected patients were involved. The DaSS-21 self-assessment test was developed to determine the severity of depression, anxiety, and stress in patients. Results: Conclusion: In this study, hemodialysis patients were found to be prone to psychological problems such as depression, anxiety and stress. Although this tendency does not increase with the additional infectious diseases, psychiatric care for people suffering from this disease will improve their quality of life.

Keywords: chronic viral hepatitis, donor, hemodialysis, depression, anxiety, stress

GİRİŞ

Xroniki virus hepatitləri dünyada ən çox yayılan infeksiyon xəstəliklərdən biridir. Bütün dünyada təxminən 350 milyondan çox insanın xronik virus hepatitlərinə yoluxması ilə bağlı məlumatlar vardır (1). Xroniki hepatitlər qaraciyər parenximasının müxtəlif mənşəli diffuz iltihabı xəstəlikləridir. Bu zaman klinik-laborator və morfoloji dəyişikliklər 6 ay və daha çox müddət ərzində müşahidə olunur. Xroniki hepatitlərin epidemiologiyası ilə bağlı ətraflı məlumatlar olduqca azdır. Son illər aparılan kütləvi biokimyəvi və immunoloji müayinələr nəticəsində aşkar edilmişdir ki, təxminən 50% hallarda xronik hepatitlər klinik əlamətlər olmadan və ya minimal simptomlarla ilə keçir. Xronik hepatitlər əsasən, infeksiyon və qeyri-infeksiyon etiologiyalı olmaqla əsas iki qrupa bölünür. Qeyri-infeksiyon etiologiyalı xronik hepatitlərə qeyri-alkoqol mənşəli hepatitlər, alkoqolun toksik təsiri nəticəsində inkişaf edən qaraciyərin alkoqol xəstəliyi, irsi hemoxromatoz, Vilson xəstəliyi, alfa 1-antitripsin çatışmazlığı və başqaları daxildir (2).

Ümumdünya səhiyyə təşkilatı dünya əhalisinin təxminən 3%-nin HCV ilə yoluxduğunu bildirir. İnkişaf etmiş ölkələrdə anti-HCV sıklığı 1-2 % arasında dəyişir. HCV ən çox rast gəlinəni populyasiya hemodializ xəstələridir (3,4,5,6).

Hemodializ xəstələrindəki anti-HCV sıklığı son illərdə azalmaqla bərabər ölkələr arasında da fərq (4-70%) yaranmaqdadır. Qərbi Avropa ölkələrində 5%-in altında olmasına baxmayaraq, Yaponiyada 30-50% arasında dəyişir (3,5,6,7). Dializ xəstələrində sıklığın normal populyasiyadan bu qədər fərqlənməsini müxtəlif amillərlə əlaqələndirilmişdir. Bunlar dializ müddəti, dializ tipi, dializ şöbələrindəki HCV infeksiya prevelansı və qan transfuziyasıdır. Daha ciddi problem isə hemodializ şöbələrində infeksiyon kontrol tədbirlərinin kifayət qədər təşkil olunmamasıdır (8,9,10).

MATERIAL VƏ METOD

HVC və HVB infeksiyasına yoluxmuş hemodializ xəstələrində depressiya, stress və təşvişin dərəcəsini öyrənmək məqsədi ilə aparılan bu tədqiqata AzərsuTikinti Xəstəxanasının Hemodializ şöbəsində dializ qəbul edən və xronik virus hepatitlərinə yoluxmuş 34 şəxs cəlb edilmişdir.

Pasientlərin seçilməsi zamanı daxilətmə kriteriləri aşağıdakılardır:

- ✓ Ən az 15 yaşında olması
- ✓ Ən az orta təhsilin olması
- ✓ Psixiatrik diaqnostikada istifadə olunan cədvəl və şkalaların doldura bilmə potensialının olması
- ✓ Hər hansı bir formada əvvəllər psixiatrik yardımın alınmaması

TƏDQIQATDA İSTİFADƏ OLUNAN METODLAR:

DASS 21 – Bu test depressiya, təşvişin və stressin dərəcəsini müəyyən etmək üçün hazırlanmış öz-özünü qiymətləndirmə testidir. Test 21 maddədən ibarətdir. Testi tamamlayarkən şəxsdən son 1 həftədəki vəziyyətini təsvir etməsi tələb olunur. Depressiv vəziyyəti qiymətləndirmək üçün 0-9 normal, 10-13 yüngül, 14-20 orta, 21-27 ifadə olunmuş, 28 və üstü isə ağır dərəcəli depressiya kimi qiymətləndirilir. Müvafiq olaraq bu rəqəmlər təşviş üçün 0-7 normal, 8-9 yüngül, 10-14 orta, 15-19 ifadə olunmuş, 20 və üstü ağır, stress səviyyəsi isə 0-14 norma, 15-18 yüngül, 19-25 orta, 26-33 ifadə olunmuş, 34 və üstü isə ağır olaraq qiymətləndirilir (11). Alınmış nəticələr SPSS for Windows proqramı vasitəsi ilə analiz edilmişdir.

ALINMIŞ NƏTİCƏLƏR

Sosiodemoqrafik göstəricilər:

Tədqiqata cəlb olunan 34 nəfərdən 26-sı kişi, 8 nəfəri isə qadındır. 28 nəfər orta təhsilli, 6 nəfər ali təhsillidir. 20 nəfər evli, 2 nəfər boşanmış, 12 nəfər isə subaydır. Xəstələrin yaş aralığı 15-50 yaşdır. Ortalama dializ qəbul etmə müddəti 2-6 ildir (cədvəl 1).

Digər qrupda isə hepatit infeksiyalarına yoluxmamış hemodializ qəbul edən 34 pasiyent kontrol qrup olaraq cəlb edilmişdir. 20 kişi 14 qadın olan qrupun 30 nəfər orta təhsilli 4 nəfəri isə ali təhsillidir. Xəstələrin yaş aralığı 15-50, ortalama dializ alma müddəti 2-6 ildir (cədvəl 2).

DaSS 21 testi tətbiq edilmiş hər 2 qrupda stress, depressiya və təşviş səviyyəsi ölçülmüşdür. Test tətbiq olunan hər 2 qrupda stres, depressiya və təşviş göstəriciləri arasında statistik əhəmiyyətli fərq tapılmamışdır (cədvəl 3).

Cədvəl 1. Hepatit B,C infeksiyasına yoluxmuş qrup

	depre- siyya	təşviş	stress
normal	4	5	3
yüngül	16	10	6
orta	7	10	15
ifadə olunmuş	4	6	6
ağır	3	3	4

Cədvəl 2. Hepatit infeksiyalarına yoluxmamış qrup

	depre- siyya	təşviş	stress
normal	7	4	2
yüngül	10	7	16
orta	8	15	8
ifadə olunmuş	7	6	4
ağır	2	2	4

MÜZAKİRƏ

Hemodializ son dövr böyrək çatışmazlığı yaranan xəstələrdə ən çox tətbiq edilən müalicə meto-

dudur. Hemodializ xəstələrinin sayının artması ilə bərabər onlara təqdim olunan xidmətin də keyfiyyətində önəmli inkişaf olmuşdur. Azərbaycanda 10.000-dən artıq xroniki böyrək çatışmazlığı ilə xəstə var, 1500 xəstə hemodializ müalicəsi qəbul edir. İl ərzində ölüm faizi 10,2-12,7%, yeni xəstələrin aşkarlanıb dializə cəlb olunması isə 22-27% təşkil etdiyindən, bu xəstələrin sayının ilbəlil 180-220 nəfər artması gözlənilir (1).

Depressiya və həyəcan kimi psixiatrik xəstəliklər dializ xəstələrində komorbidlik təşkil edən problemlərdəndir (12). Dializ xəstələrində normal populyasiya ilə müqayisədə depressiya və təşviş daha çox rast gəlinir. Bu simptomların həm stasionar həm də ambulator xidmət alanlarda onların psixologiyasına təsirini bilmək akademik və klinik yöndən əhəmiyyətlidir (13). Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının bir tədqiqatında ümumi sağlamlıq sahəsində depressiyanın ən çox rast gəlinən xəstəliklərdən biri olduğu və dünyada rast gəlinən bütün xəstəliklərin 10,4% əhatə etdiyi müəyyən edilmişdir (14). Depressiya ilə əlaqəli özünü qiymətləndirmə testlərinin bu xəstəliyin aşkarlanmasında və xəstəlik səviyyəsinin müəyyən olunmasında böyük rolu vardır (15).

Bu tədqiqat aparılmasının məqsədi AzərsuTikinti Xəstəxanasının Hemodializ şöbəsində müalicə qəbul edən xroniki böyrək çatışmazlığı olan xəstələrdə depressiya, təşviş və stress səviyyəsinin hepatit infeksiyasına yoluxmuş qrupla bu infeksiyaya yoluxmamış qrupla müqayisə edərək virus infeksiyalarının bu şəxslərdə əlavə olaraq təşviş, depressiya və stress səviyyəsinə təsirini öyrənməkdir. Bütün xəstələrə öz razılıqları alınaraq, Dass 21 testi tətbiq edilmişdir. Xəstələrin psixiatrik anamnezi və diaqnozları barəsində orda işləyən həkim psixiatrin olmaması səbəbi ilə özlərindən məlumat alınmışdır. Bu fakt tədqiqatın çatışmayan tərəfi olaraq müəyyən olunmuşdur.

Watson və Clark depressiya ilə oxşar və demək olar ki, ona ən yaxın fizioloji strukturun təşviş olduğunu bildirmişdir. Tədqiqatda Beck depressiya testi ilə Beck təşviş testi arasında pozitiv korelyasiya aşkar edilmişdir. Bu səbəbdən cəmiyyətdə çox yayılan depressiya və təşviş kimi şikayətlərin diyaliz xəstələrində də bir birini artırdığını vurğulamışdır.

Nour öz tədqiqatında diyaliz xəstələrində depressiya səviyyəsinin 62% olduğunu qeyd etmişdir. Tədqiqatımızda hepatitə yoluxmuş xəstələrin 88,2% depressiya, 85,2% təşviş, 91%-də stress müəyyən edildiyi halda hepatit infeksiyaya yoluxmamış hemodializ xəstələrinin 79,4 % də depressiya, 88,2 % də təşviş, 94,1 % də isə stress olduğu aşkarlanmışdır.

Bu tədqiqatda hemodializ xəstələrinin depressiya, təşviş və stress kimi psixoloji problemlərə meyilli olduğu aşkar edilmişdir. Bu meyillik əlavə

infeksiyon xəstəliklərin qoşulması ilə bərabər xüsusi artım göstərməsə də bu xəstəlikdən əziyyət çəkən insanlara psixiatrik yardımın göstərilməsi onların həyat keyfiyyətini artıracaqdır.

ƏDƏBİYYAT

1. Hemodializ üzrə klinik protokol, Bakı, 2011
2. Cavad-Zadə M.C. Xroniki böyrək çatışmazlığı. Bakı, 2007, 176 səh.
3. Türkoğlu S. HCV infeksiyonunun epidemiyolojisi və serolojisi. In: Tabak F, Balık İ, Tekeli E, eds. Viral Hepatit 2007. Ankara: Viral Hepatit Savaşım Derneği, 2007: 208-19.
4. Hepatitis C: Surveillance and Control [Internet]. Geneva: World Health Organization [erişim 16 Eylül 2011]. <http://www.who.int/csr/disease/hepatitis/whocdscsrlyo2003>.
5. Aygen B. Hepatit C. Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Gastroentero hepatoloji Dergisi. 2006; 2 (16): 21-33.
6. Aygen B. Kronik hepatit C'de tedavi ve izlem. In: Köksal İ, Leblebicioğlu H, eds. Kronik Hepatitlerin Tanı ve Tedavisinde Güncel Yaklaşımlar. Ankara: Bilimsel Tıp Yayınevi, 2009: 223-33.
7. Wreghitt TG. Blood-borne virus infections in dialysis units-a review. Rev Med Virol. 1999; 9 (2): 101-9. [CrossRef]
8. Wasmuth JC. Hepatitis C. Epidemiology, transmission and natural history. In: Mauss S, Berg T, Rockstroh J, Sarrazin C, Wedemeyer H, eds. Hepatology. A Clinical Textbook. Köln: Flying Publisher, 2009: 37-41.
9. Alter MJ, Favero MS, Moyer LA, Bland LA. National surveillance of dialysis-associated diseases in the United States, 1989. ASAIO Trans. 1991; 37(2): 97-109.
10. Aygen B. Hemodiyaliz ünitelerinde hastane infeksiyonu kontrolü. Hastane İnfeksiyon Derg. 2006; 10(1): 52-62.
11. Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). Manual for the Depression Anxiety & Stress Scales.
12. Suh MR, Jung HH, Kim SB, Park JS, Yang WS. Effects of regular exercise on anxiety, depression, and quality of life in maintenance hemodialysis patients. Renal Failure. 2002; 24: 337-345
13. Kocabaşoğlu N, Doksat MK, Doğançün B. Anksiyete ve Depresyonun Çok Yönlü İlişkisi, Yeni Symposium. 2004; 42: 168-176.
14. Sartorius, Ustun, Lecrubier, & Wittchen, 1996
15. Endler NS, Endler NS, Macrodimitris SD, Kocovski NL. Depression: The Complexity of Self-Report Measures. Journal of Applied Biobehavioral Research. 2000; 5: 26-46,
16. Sloan DM, Marx BP, Bradley, MM et al. Examining the High- End Specificity of the Beck Depression Inventory Using an Anxiety Sample, Cognitive Therapy and Research. 2002; 26: 719-727

Terapiya və cərrahiyyə rezidentlərində Tükənmə sindromunun yayılması. Meta-analiz

Zhi Xuan Low, Keith A. Yeo, Vijay K. Sharma et al.

Распространенность выгорания среди медицинских и хирургических резидентов: метаанализ

Zhi Xuan Low, Keith A. Yeo, Vijay K. Sharma et al.

Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: A Meta-Analysis

Zhi Xuan Low, Keith A. Yeo, Vijay K. Sharma et al.

1. Department of Psychological Medicine, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Singapore 119228, Singapore; a0133292@u.nus.edu (Z. X. L.); a0133415@u.nus.edu (K. A. Y.)
 2. Department of Surgery, The University of Hong Kong, Hong Kong, China; gilberto@hku.hk
 3. Institute of Medical Science, University of Toronto, Toronto, ON M5S 1A8, Canada; Roger. McIntyre@uhn.ca 4. Mood Disorders Psychopharmacology Unit, University Health Network, Toronto, ON M5G 2C4, Canada 5. Department of Psychiatry, University of Toronto, Toronto, ON M5T 1R8, Canada
 6. Department of Toxicology and Pharmacology, University of Toronto, Toronto, ON M5S 1A8, Canada
 7. Department of Psychiatry, John A Burns School of Medicine, University of Hawaii, Honolulu, HI 96813, USA; GuerreroA@dop.hawaii.edu (A. G.); brettlu@yahoo.com (B. L.)
 8. South London and Maudsley NHS Foundation Trust, London SE5 8AZ, UK; sinfailamcc@googlemail.com
 9. Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University, Hanoi 100000, Vietnam; bach@jhu.edu
 10. Department of Health, Behavior and Society, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD 21205, USA
 11. Vietnam Young Physicians' Association, Hanoi 100000, Vietnam
 12. Institute for Global Health Innovations, Duy Tan University, Da Nang 550000, Vietnam; long.ighi@gmail.com
 13. Centre of Excellence in Behavioral Medicine, Nguyen Tat Thanh University (NTTU), Ho Chi Minh City 70000, Vietnam
- * Correspondence: pcmrhcm@nus.edu.sg

The burnout syndrome is characterized by emotional exhaustion, depersonalization, and reduced personal achievement. Uncertainty exists about the prevalence of burnout among medical and surgical residents. Associations between burnout and gender, age, specialty, and geographical location of training are unclear. In this meta-analysis, we aimed to quantitatively summarize the global prevalence rates of burnout among residents, by specialty and its contributing factors. We searched PubMed, PsycINFO, Embase, and Web of Science to identify studies that examined the prevalence of burnout among residents from various specialties and countries. The primary outcome assessed was the aggregate prevalence of burnout among all residents. The random effects model was used to calculate the aggregate prevalence,

and heterogeneity was assessed by I2 statistic and Cochran's Q statistic. We also performed meta-regression and subgroup analysis. The aggregate prevalence of burnout was 51.0% (95% CI: 45.0–57.0%, I2 = 97%) in 22,778 residents. Meta-regression found that the mean age ($\beta = 0.34$, 95% CI: 0.28–0.40, $p < 0.001$) and the proportion of males ($\beta = 0.4$, 95% CI: 0.10–0.69, $p = 0.009$) were significant moderators. Subgroup analysis by specialty showed that radiology (77.16%, 95% CI: 5.99–99.45), neurology (71.93%, 95% CI: 65.78–77.39), and general surgery (58.39%, 95% CI: 45.72–70.04) were the top three specialties with the highest prevalence of burnout. In contrast, psychiatry (42.05%, 95% CI: 33.09–51.58), oncology (38.36%, 95% CI: 32.69–44.37), and family medicine (35.97%, 95% CI: 13.89–66.18) had the lowest prevalence of burnout. Subgroup analysis also found that the prevalence of burnout in several Asian countries was 57.18% (95% CI: 45.8–67.85); in several European countries it was 27.72% (95% CI: 17.4–41.11) and in North America it was 51.64% (46.96–56.28). Our findings suggest a high prevalence of burnout among medical and surgical residents. Older and male residents suffered more than their respective counterparts.

Keywords: burnout; junior doctors; medical; meta-analysis; prevalence; residency; surgical

Синдром выгорания характеризуется эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением личных достижений. Существует неопределенность в отношении распространенности выгорания среди медицинских и хирургических резидентов. Связь между выгоранием и полом, возрастом, специальностью и географическим положением обучения неясна. В этом метаанализе мы стремились количественно обобщить глобальные показатели распространенности эмоционального выгорания среди жителей по специальностям и их способствующим факторам. Мы провели поиск в PubMed, PsycINFO, Embase и Web of Science, чтобы найти исследования, в которых изучалась распространенность эмоционального выгорания среди жителей разных специальностей и стран. Основным оцениваемым результатом была общая распространенность выгорания среди всех жителей. Модель случайных эффектов использовалась для расчета совокупной распространенности, а неоднородность оценивалась с помощью статистики I2 и статистики Q Кохрана. Мы также выполнили мета-регрессию и анализ подгрупп. Общая распространенность выгорания составила 51,0% (95% ДИ: 45,0–57,0%, I2 = 97%) у 22 778 жителей. Мета-регрессия показала, что средний возраст ($\beta = 0,34$, 95% ДИ: 0,28–0,40, $p < 0,001$) и доля мужчин ($\beta = 0,4$, 95% ДИ = 0,10–0,69, $p = 0,009$) были значимыми модераторами. Анализ подгрупп по специальностям показал, что радиология (77,16%, 95% ДИ: 5,99–99,45), неврология (71,93%, 95% ДИ: 65,78–77,39) и общая хирургия (58,39%, 95% ДИ: 45,72–70,04) были тройка специальностей с наибольшей распространенностью эмоционального выгорания. Напротив, психиатрия (42,05%, 95% ДИ: 33,09–51,58), онкология (38,36%, 95% ДИ: 32,69–44,37) и семейная медицина (35,97%, 95% ДИ: 13,89–66,18) имели самую низкую распространенность выгорания. Анализ подгрупп также показал, что распространенность выгорания в нескольких странах Азии составила 57,18% (95% ДИ: 45,8–67,85); в нескольких европейских странах он составлял 27,72% (95% ДИ: 17,4–41,11), а в Северной Америке - 51,64% (46,96–56,28). Наши данные свидетельствуют о высокой распространенности эмоционального выгорания среди пациентов, проходящих лечение в медицинских и хирургических отделениях. Жители пожилого возраста и мужчины пострадали больше, чем их сверстники.

Ключевые слова: выгорание, младшие врачи, медицина, метаанализ, распространенность, ординатура, хирургия.

1. Giriş

“Tükənmişlik” termini ilk dəfə Freudenbergər tərəfindən dövlət qulluqçularının yaşadıkları emosional tükənməni təsvir etmək üçün təyin edilmişdir [1]. Tükənmənin üç əsas komponenti var: əzici yorğunluq, sinizm və ya şəxssizləşdirmə hissləri, təsirsizlik və aşağı effektivlik hissi [2-4]. Tükənmənin prosessual xarakteri, tükənmə nəticəsində işlə əlaqəli uzun müddətli stressin toplam mənfi nəticələrini ifadə edir [5]. Klinik

şəraitdə sübutlar tükənmənin resept səhvlərinə səbəb olduğunu göstərir [6] və tibbi xidmətlərin keyfiyyətini azaldır [7-9], potensial olaraq peşələrarası münasibətlərə təsir göstərir [10, 11]. Tükənmişlik, tibbi mütəxəssislər arasında depressiya [12] və maddə asılılığı [13] üçün təkan verən bir amildir. Tükənmişlik həmçinin terapiya və cərrahi rezidentlərin və ya terpevt bakalavr və cərrahiyyə bakalavr və ya tibb elmləri doktoru dərəcələri alan kiçik həkim olan və təhsil alan kursantların, nəzarətli(superviziya) terapevtik və ya cərrahi ixtisas təhsili alanların qarşılaşdıqları ən ümumi psixi sağlamlıq problemlərindən biridir. Tükənmə zəif iş məmnuniyyətinə səbəb olur [14] və onların(yuxarıda qeyd olunanlar) əqli və fiziki sağlamlıqlarına mənfi təsir göstərir [15, 16]. Son illərdə rezidentlərin tükənmə riski getdikcə artan həmyaşlıd rəqabəti, klinik və inzibati yüklər, tibbi məhkəmələr və təlim gözləntiləri ilə daha da artmışdır [17]. Lakin, adətən, bu klinik nəzarətçilər və xəstəxana rəhbərliyi tərəfindən nəzərə alınmır. Rezidentlər arasında tükənmə hələ tanınmamış olaraq qalsa da, bir çox vacib məsələlər mübahisələr üçün açıqdır. Birincisi, müxtəlif terapevtik və cərrahi ixtisaslardakı fərqli iş şəraitinə görə rezidentlərdə tükənmənin global yayılması bəlli deyil. Əvvəlki nəzərdən keçirmələr tək bir ixtisasda tükənmişlik sindromunun yayılma nisbətlərinə yönəlmişdi [18, 19]. İkincisi, tükənmişliyin yayılma nisbətlərində, əsasən fərqli qiymətləndirmə metodları və kiçik nümunələr səbəbiylə 18, 7% ilə 74, 8% arasında dəyişikliklər bildirilmişdir [20]. Üçüncüsü, demoqrafik dəyişənlərin (məsələn, cinsi, yaşı, coğrafi bölgəsi) tükənmə dərəcələrinə təsiri kifayət qədər yoxlanılmamışdır. Nəticədə tükənmişliyin yayılması ilə bağlı tədqiqat aparmaq üçün güclü bir əsas var. Bu meta-analizdə, dünyanın müxtəlif bölgələrində müxtəlif ixtisaslardan rezidentlərdə tükənmənin yayılması barədə məlumatları sintez etməyi hədəflədik. Bundan əlavə, bu işdə, riskli rezidentlərin daha yaxşı müəyyənləşdirilməsini asanlaşdıran və sağlamlıq qurumlarına optimal profilaktik müdaxilələr planlaşdırdıqları zaman rəhbərlik edə biləcək demoqrafik və coğrafi moderatorları qiymətləndirdik.

2. Materiallar və metodlar

2.1. Axtarış strategiyası və seçim meyarları

Ədəbiyyat axtarışı və protokol gözdən keçirmələri PRISMA-ya (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) uyğun olaraq tərtib edilmiş və yerinə yetirilmişdi[21]. PubMed, PsycINFO, Embase və Web of Science istifadə edərək sistematik bir axtarış, başlanğıcdan 2018-ci il mart ayınadək iki müəllif (Z. X. L. və K. A. Y.) tərəfindən müstəqil olaraq həyata keçirildi. Axtarışlar "AND" (və)və "OR"(və ya) Boolean operatorları və Tibbi Mövzu Başlığı (MeSH(Medical Subject Heading)) terminlərinin bütün mümkün birləşmələri ilə aparıldı:residents, trainees, burnout, burn-out, burn out, medical, medicine, internal medicine, general surgery, surgery, surgical, radiology, radiological, neurology, neurological, orthopaedics, orthopedics, orthopaedic, orthopedic, dermatology, obstetrics, obstetric, gynecology, gynaecology, gynecological, gynaecological, neurosurgery, neurosurgical,

paediatrics, pediatrics, paediatric, pediatric, anaesthesia, anesthesia, anaesthesiology, anesthesiology, otolaryngology, ear nose and throat, ENT, psychiatry, psychiatric, oncology, oncological, family medicine, emergency medicine, accident and emergency, and ophthalmology and ophthalmological. Təhlilimizə daxil ediləcək potensial tədqiqatları və müvafiq istinadları müəyyənləşdirmək üçün geriye istinaddan(back-referencing) istifadə edilib.

2. 2. Daxil etmə və İstisna Kriteriyaları

Tədqiqata daxil olma meyarları aşağıdakılardır:terapiya rezidentləri arasında tükənmənin yayılması və tükənmişlik ölçüsü, Maslach Tükənmişlik Sorğusu (MTS) [22]. Tükənmişlik emosional tükənmə, şəxsiyyətin pozulması və fərdi müvəffəqiyyət hissənin olmaması ilə qeyd olunan uzun müddətli bir stress reaksiyasıdır [23]. Terapevtik / cərrahi rezidentlər və ya praktikantlar Tibbi Bakalavr (Medical Bachelor(MB), Tibbi və Cərrahi Bakalavr (MBBS, MBChB və ya ona bərabər tutulan) və ya Həkimlər (Medical Doctor(MD)) və nəzarət altında təhsil alanlar kimi təməl tibb dərəcələrinə sahib olanlar gənc həkimlər olaraq təyin olunub. Baş həkimlər, xiropraktorlar kimi digər mütəxəssislər və tibb tələbələri xaric edildi. Araşdırılan ixtisas, tükənmişlik yaşayan rezidentlərin sayı və ya tükənmişliyin yayılması kimi buraxılmış və ya məlumatları əlçatan olmayan işləri də xaric etdik. Nəhayət, sistemə icmallar, şərhlər, redaksiya məqalələri ingilis dilində yazılmayan nəşrlər də xaric edildi.

2. 3. Məlumatların çıxarılması və keyfiyyətinin qiymətləndirilməsi

Tədqiqat xüsusiyyətlərini, iştirakçı demografik göstəricilərini və müxtəlif nəticələri qeyd etmək üçün standart bir məlumat toplama formasından istifadə etdik. Meta-analizimizin ilkin nəticəsi tədqiq olunan müəyyən bir qrup rezidentdə tükənmənin yayılması idi. İki həmmüəllif (Z. X. L. və K. A. Y.) məlumatları müstəqil olaraq çıxardı. Anlaşmazlıqlar son müəlliflə müzakirə edilərək həll edildi (R. C. H.). Daxil edilən tədqiqatların metodoloji keyfiyyət qiymətləndirməsi Milli Səhiyyə İnstitutlarının Müşahidə Kohortu və Kesit Araşdırmaları üçün Keyfiyyət Qiymətləndirmə Aləti (National Institutes of Health's Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies (NIH-QAT))(24)ilə aparıldı (Bax 9 Əlavə A). Bu vasitə tədqiqatçılara bir tədqiqatın müxtəlif aspektlərini qiymətləndirməyə və ümumi keyfiyyət dərəcəsini "Yaxşı", "Ədalətli" və ya "Zəif" olaraq təyin etməyə kömək edir. Qiymətləndirmə meyarlarına tədqiqat sualının aydınlığı, tədqiqat populyasiyasının homogenliyi və uyğunluq meyarları, nümunə ölçüsünün əsaslandırılması, nəticənin ölçülməsi;nəticə ölçmə və təqib müddəti və statistik analizlərin keyfiyyəti daxildir.

2. 4. Statistik təhlillər

Statistik təhlillər R proqramının "metafor" funksiyası ilə aparılmışdır (R Core Team, Vyana, Avstriya, 2013). Tükənmənin yayılma nisbətərini xam saylar (yəni tükənmə meyarlarına cavab verən rezidentlərin sayı) və məxrəclərə (yəni rezidentlərin

ümumi sayına) görə fərdi tədqiqatlar əsasında hesabladıq. Təsadüfi effektlər modeli, seçilmiş tədqiqatların daha böyük bir populyasiyadan təsadüfi nümunələr olduğunu fərz edərək, daxil edilmiş tədqiqatların xaricindəki nəticələri ümumiləşdirir [25]. Tükənmənin ümumi yayılmasını və 95% etibarlılıq aralığını (95 % Credible Interval) hesablamaq üçün təsadüfi bir təsir modeli istifadə edilmişdir [26]. Heterogenlik Cohen's Q statistik və I^2 statistic tərəfindən araşdırılmışdır [27]. Bir bələdçi kimi, I^2 dəyərləri 25% aşağı, 50% orta və 75% olan yüksək hesab edilə bilər [28]. Yüksək heterogenliyin mövcudluğunda, ən uyğun hesab edilən təsadüfi effektlər modelindən istifadə etdik [29]. Bundan əlavə, fərqli tədqiqat faktorlarının tükənməliyin ümumi yayılmasına təsirini qiymətləndirmək üçün meta-reqresiya etdik [30]. Nəşr qərəzinin (publication bias) varlığını qiymətləndirmək üçün Eggerin reqresiya testi aparıldı [31]. Alt qruplar arasında ixtisas və coğrafi bölgəyə görə heterogenliyin mənbəyini araşdırmaq üçün alt qrup analizləri aparılmışdır.

3. Nəticələr

3. 1. Tədqiqatların xüsusiyyətləri

Axtarış strategiyamızda 676 potensial olaraq uyğun iş müəyyən edilmişdir. Başlıqları və tezisləri araşdırdıq və əvvəlcədən müəyyən edilmiş müxtəlif meyarlara görə 493 əlaqəli məqaləni xaric etdik. Qalan 183 məqalənin tam mətnləri uyğunluq üçün qiymətləndirildi, onlardan 136-sı çıxarıldı (şəkil 1). Nəhayət, 47 məqalə meta-analizə daxil edilmişdir.

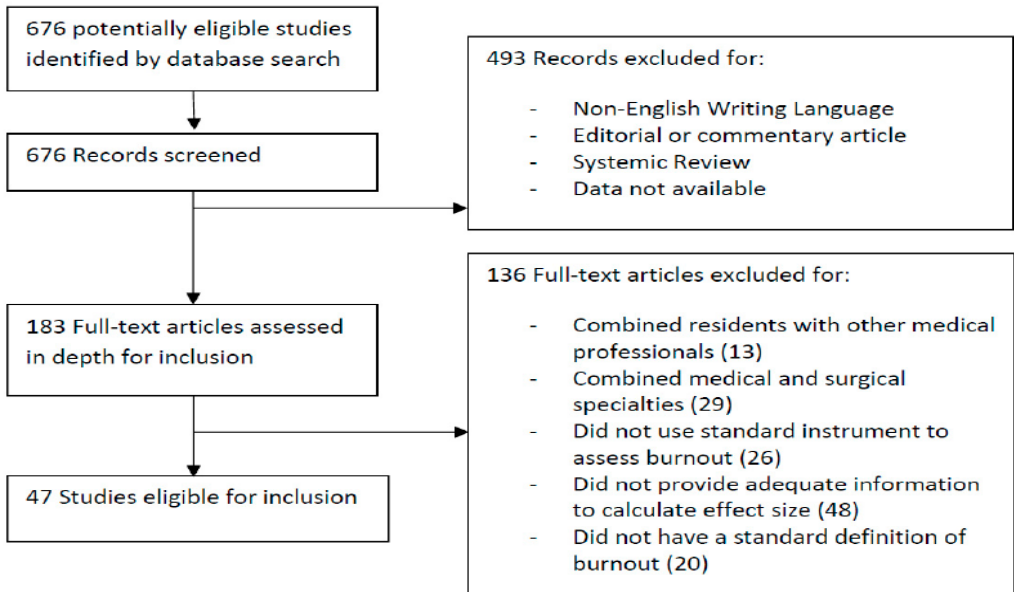


Figure 1. Study selection process.

Cədvəl 1. daxil edilmiş tədqiqatların xüsusiyyətlərini ümumiləşdirir. Bu iş üçün otuz yeddi (37) (78. 72%) tədqiqat Şimali və Cənubi Amerikadan (Kanada, ABŞ, Braziliya) [32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66], üç (3) tədqiqat (6. 38%) Avropadan (Fransa, İspaniya) [67, 68, 69], beş (5) tədqiqat (10, 63%) Asiyadan (Pakistan, Səudiyyə Ərəbistanı, Türkiyə) [70, 71, 72, 73, 74], eləcə də Afrika (Misir) [75] və Avstraliyadan [76] hər birindən bir (1) tədqiqat (2, 13%) işə cəlb olunmuşdur. Fərdi iştirakçıların orta yaşı 25. 9 ilə 32. 0 il arasında, kişi populyasiya nisbəti isə 10% ilə 88% arasında dəyişdi.

3. 2 Tükənmənin ümumi yayılması

Tükənmənin ümumi yayılma səviyyəsini hesablamaq üçün meta-analizə ümumilikdə 22. 778 fərdi iştirakçı daxil edilmişdir (şəkil 2). Tükənmənin ümumi prevalansı 51. 0% (95% CI: 45. 0-57. 0%, I² = 96. 96%) idi. Eggerin reqressiya testi ilə təsdiqlənən nəşr qərəzi (publication bias) mövcud deyildi (kəsmə = -0. 051, p = 0. 95). Meta-reqressiya rezidentlərin orta yaşının (β = 0. 34, % 95 CI: 0. 28-0. 40, p <0. 001) və kişilərin nisbətini (β = 0. 4, 95% CI = 0. 1-0. 69, p = 0. 009) əhəmiyyətli moderatorlar olduğunu aşkar etdi. Tədqiqatın nəşr ili (β = -0. 0036, % 95 CI: -0. 014-0. 0071, p = 0. 51) və rezidentlərin cavab nisbəti (β = -0. 086, % 95 CI: -0. 24-0. 072, p = 0. 28) statistik baxımdan əhəmiyyətli moderatorlar deyildi. Ümumi cərrahiyyə, neyrocərrahiyyə, mamalıq və ginekologiya, oftalmologiya, ortopediya və otorinolaringologiya daxil olmaqla cərrahi ixtisaslar üzrə 18. 759 (82. 36%) rezident var idi. Cərrahiyyə rezidentlərində tükənmənin yayılma nisbəti 53. 27% (% 95 CI: 46. 27-60. 15%) oldu. (şəkil 3). Anesteziya, dermatologiya, təcili tibbi yardım, ailə həkimi, daxili xəstəliklər, nevrologiya, onkologiya, pediatriya, psixiatriya və radiologiya ixtisaslarında ümumi 4019 (17. 64%) rezident var idi və onlarda tükənmənin yayılma nisbəti 50. 13% (% 95 CI: 42. 12-58. 13%) idi (şəkil 3). Tükənmənin yayılması cərrahiyyə rezidentləri arasında daha yüksək olsa da, fərqli statistik olaraq əhəmiyyətli deyildi (Q = 0. 92, p = 0. 34).

3. 3. Altqrup Analizi

İxtisasa görə alt qrup analizində (Cədvəl 2) radiologiya (77. 16%, 95% CI: 5. 99-99. 45), nevrologiya (71. 93%, 95% CI: 65. 78-77. 39) və ümumi cərrahiyyə (58. 39%, 95% CI: 45. 72-70. 04) tükənmə dərəcəsi ən yüksək olan ilk 3 ixtisas idi. Bundan əlavə, rezidentlərin 50%-dən çoxu daxili xəstəliklər (57. 11%, 95% CI: 45. 11-68. 33), ortopediya (55. 63%, 95% CI: 50. 93-60. 28), dermatologiya (51. 89%, 95% CI: 42. 42-61. 21), mamalıq və ginekologiya (52. 84%, 95% CI: 41. 77-63. 63) və neyrocərrahiyyə (52. 02%, 95% CI: 31. 02-72. 33) sahələrində tükənmə yaşadı. Bunun əksinə olaraq, psixiatriya (42. 05%, % 95 CI: 33. 09-51. 58), onkologiya (% 38. 36, % 95 CI: 32. 69-44. 37) və ailə təbabəti (35. 97%, 95% CI: 13. 89-66. 18) tükənmənin ən aşağı yayılma nisbətində sahib idi.

Table 1. Characteristics of included studies.

Study	Study Demographics				Study Results				Number of Residents Who Reported Burnout	MBI/Abbrev. MBI
	Country	Region	Mean Age	Proportion of Males	Specialty	Medical/Surgical	Response Rate	Sample Size		
Garza et al., 2004 [45]	USA	N. America	NR	0.29	Obstetrics and Gynecology	Surgical	37%	136	52	MBI
Gelfand et al., 2004 [46]	USA	N. America	NR	NR	General Surgery	Surgical	69%	37	21	MBI
Martini et al., 2004a [44]	USA	N. America	NR	NR	Obstetrics and Gynecology	Surgical	35%	36	12	MBI
Martini et al., 2004b [44]	USA	N. America	NR	NR	Internal Medicine	Medical	35%	114	24	MBI
Martini et al., 2004c [44]	USA	N. America	NR	NR	Neurology	Medical	35%	16	8	MBI
Martini et al., 2004d [44]	USA	N. America	NR	NR	Ophthalmology	Surgical	35%	21	5	MBI
Martini et al., 2004e [44]	USA	N. America	NR	NR	Dermatology	Medical	35%	10	6	MBI
Martini et al., 2004f [44]	USA	N. America	NR	NR	General Surgery	Surgical	35%	59	25	MBI
Martini et al., 2004g [44]	USA	N. America	NR	NR	Psychiatry	Medical	35%	29	15	MBI
Martini et al., 2004h [44]	USA	N. America	NR	NR	Family Medicine	Medical	35%	36	15	MBI
Goitein et al., 2005 [43]	USA	N. America	NR	0.47	Internal Medicine	Medical	73%	118	80	MBI
Gopal et al., 2005 [42]	USA	N. America	29.9	0.58	Internal Medicine	Medical	87%	121	74	MBI
Casale-Branco et al., 2007 [68]	Spain	Europe	27.0	0.14	Obstetrics and Gynecology	Surgical	67%	109	63	MBI
Landrigan et al., 2008 [41]	USA	N. America	30.2	0.29	Pediatrics	Medical	59%	220	141	MBI
Ghetti et al., 2009 [40]	USA	N. America	28.0	NR	Obstetrics and Gynecology	Surgical	47%	17	13	MBI
Hill and Smith, 2009 [48]	USA	N. America	NR	NR	Otolaryngology	Surgical	76%	22	7	MBI
Sargent et al., 2009 [39]	USA	N. America	NR	0.88	Orthopedics	Surgical	NR	384	215	MBI
Blanchard et al., 2010 [67]	France	Europe	28.0	0.40	Oncology	Medical	60%	204	89	MBI
Campbell et al., 2010 [47]	USA	N. America	30.0	0.51	Internal Medicine	Medical	48%	86	58	MBI
Ripp et al., 2010 [38]	USA	N. America	NR	0.50	Internal Medicine	Medical	94%	145	50	MBI
Billings et al., 2011 [37]	USA	N. America	NR	NR	Internal Medicine	Medical	43%	284	128	Abbrev. MBI
Ripp et al., 2011 [20]	USA	N. America	NR	0.48	Internal Medicine	Surgical	73%	191	154	MBI
West et al., 2011 [36]	USA	N. America	NR	0.57	General Surgery	Surgical	77%	16,394	8343	Abbrev. MBI
Doolittle et al., 2013 [35]	USA	N. America	30.0	0.50	Internal Medicine	Medical	63%	108	94	MBI

Table 1. Cont.

Study	Study Demographics					Study Results					Number of Residents Who Reported Burnout	MBI/Abbrev. MBI
	Country	Region	Mean Age	Proportion of Males	Specialty	Medical/Surgical	Response Rate	Sample Size				
Lebensohn et al., 2013 [34]	USA	N. America	29.0	0.40	Family Medicine	Medical	77%	167	23	MBI		
Shams and El-Masry, 2013 [75]	Egypt	Africa	NR	NR	Anesthesia	Medical	75%	30	21	MBI		
Aksoy et al., 2014a [70]	Turkey	Asia	25.9	0.45	Pediatrics	Medical	66%	22	6	MBI		
Aksoy et al., 2014b [70]	Turkey	Asia	26.6	0.48	Internal Medicine	Medical	66%	33	11	MBI		
Arora et al., 2014 [76]	Australia	Oceania	NR	0.88	Orthopedics	Surgical	22%	51	27	MBI		
Pantaleoni et al., 2014 [33]	USA	N. America	NR	NR	Pediatrics	Medical	100%	54	9	MBI		
Rutherford and Oda, 2014 [65]	Canada	N. America	29.5	0.10	Family Medicine	Medical	4%	10	7	MBI		
Aldrees et al., 2015 [71]	Saudi Arabia	Asia	29.0	0.67	Otolaryngology	Surgical	69%	85	38	MBI		
Lu et al., 2015 [32]	USA	N. America	NR	NR	Emergency Medicine	Medical	50%	27	17	MBI		
Shapiro et al., 2015 [58]	USA	N. America	NR	0.51	Internal Medicine	Medical	77%	95	43	MBI		
Ripp et al., 2015a [63]	USA	N. America	NR	0.44	Internal Medicine	Medical	62%	108	91	MBI		
Ripp et al., 2015b [63]	USA	N. America	NR	0.58	Internal Medicine	Medical	71%	123	92	MBI		
Cubero et al., 2016 [77]	Brazil	S. America	28.4	0.54	Oncology	Medical	31%	54	15	MBI		
Lin et al., 2016 [62]	USA	N. America	30.8	0.58	General Surgery	Surgical	63%	73	60	MBI		
Spataro et al., 2016 [61]	USA	N. America	NR	0.51	Internal Medicine	Medical	69%	198	45	MBI		
Kwah et al., 2016 [73]	Pakistan	Asia	NR	NR	Internal Medicine	Medical	59%	32	24	MBI		
Ripp et al., 2016 [60]	USA	N. America	NR	NR	Internal Medicine	Medical	76%	39	17	MBI		
Winkel et al., 2016 [59]	USA	N. America	NR	NR	Obstetrics and Gynecology	Surgical	64%	42	28	MBI		
Zubairi and Noordin, 2016a [72]	Pakistan	Asia	NR	0.54	General Surgery	Surgical	54%	24	19	MBI		
Zubairi and Noordin, 2016b [72]	Pakistan	Asia	NR	0.54	Internal Medicine	Medical	54%	32	25	MBI		
Zubairi and Noordin, 2016c [72]	Pakistan	Asia	NR	0.54	Pediatrics	Medical	54%	11	5	MBI		
Zubairi and Noordin, 2016d [72]	Pakistan	Asia	NR	0.54	Radiology	Medical	54%	5	5	MBI		
Zubairi and Noordin, 2016e [72]	Pakistan	Asia	NR	0.54	Anesthesia	Medical	54%	10	7	MBI		

Table 1. *Cont.*

Study	Study Demographics				Study Results				Number of Residents Who Reported Burnout	MBI/Abbrev. MBI
	Country	Region	Mean Age	Proportion of Males	Specialty	Medical/Surgical	Response Rate	Sample Size		
Atteneillo et al., 2017 [66]	USA	N. America	30.9	0.78	Neurosurgery	Surgical	21%	346	232	Abbrev. MBI
Baer et al., 2017 [57]	USA	N. America	29.4	0.21	Pediatrics	Medical	53%	258	101	Abbrev. MBI
Braun et al., 2017 [64]	USA	N. America	28.6	0.79	Internal Medicine	Medical	30%	38	19	MBI
Buisis et al., 2017 [54]	USA	N. America	32.0	0.51	Neurology	Medical	38%	212	156	MBI
Chaukos et al., 2017 [56]	USA	N. America	28.3	0.40	Psychiatry	Medical	80%	68	19	MBI
Guenette and Smith, 2017 [55]	USA	N. America	NR	0.63	Radiology	Medical	20%	94	35	MBI
Ramey et al., 2017 [53]	USA	N. America	NR	0.69	Oncology	Medical	32%	232	86	MBI
Shakir et al., 2017 [52]	USA	N. America	NR	0.80	Neurosurgery	Surgical	21%	255	93	Abbrev. MBI
Slavin et al., 2017 [51]	USA	N. America	NR	NR	Pediatrics	Medical	NR	18	14	MBI
Waheed et al., 2017 [74]	Pakistan	Asia	27.5	NR	Obstetrics and Gynecology	Surgical	NR	102	54	MBI
Yrondi et al., 2017a [69]	France	Europe	28.8	0.55	Anesthesia	Medical	NR	123	11	MBI
Yrondi et al., 2017b [69]	France	Europe	27.7	0.33	Psychiatry	Medical	NR	148	20	MBI
Lebares et al., 2018 [50]	USA	N. America	NR	0.49	General Surgery	Surgical	10%	566	322	MBI
Shoimer et al., 2018 [49]	Canada	N. America	NR	NR	Dermatology	Medical	59%	96	49	MBI

Notes: Papers which analyzed more than one cohort of residencies (for example, residents from different batches or specialties) are given specific letters of the alphabet (a, b, c, etc.) in their suffixes. Abbreviations: MBI = Maslach Burnout Inventory, Abbrev. MBI = Abbreviated version of MBI, N. America = North America, S. America = South America, NR = Not reported.

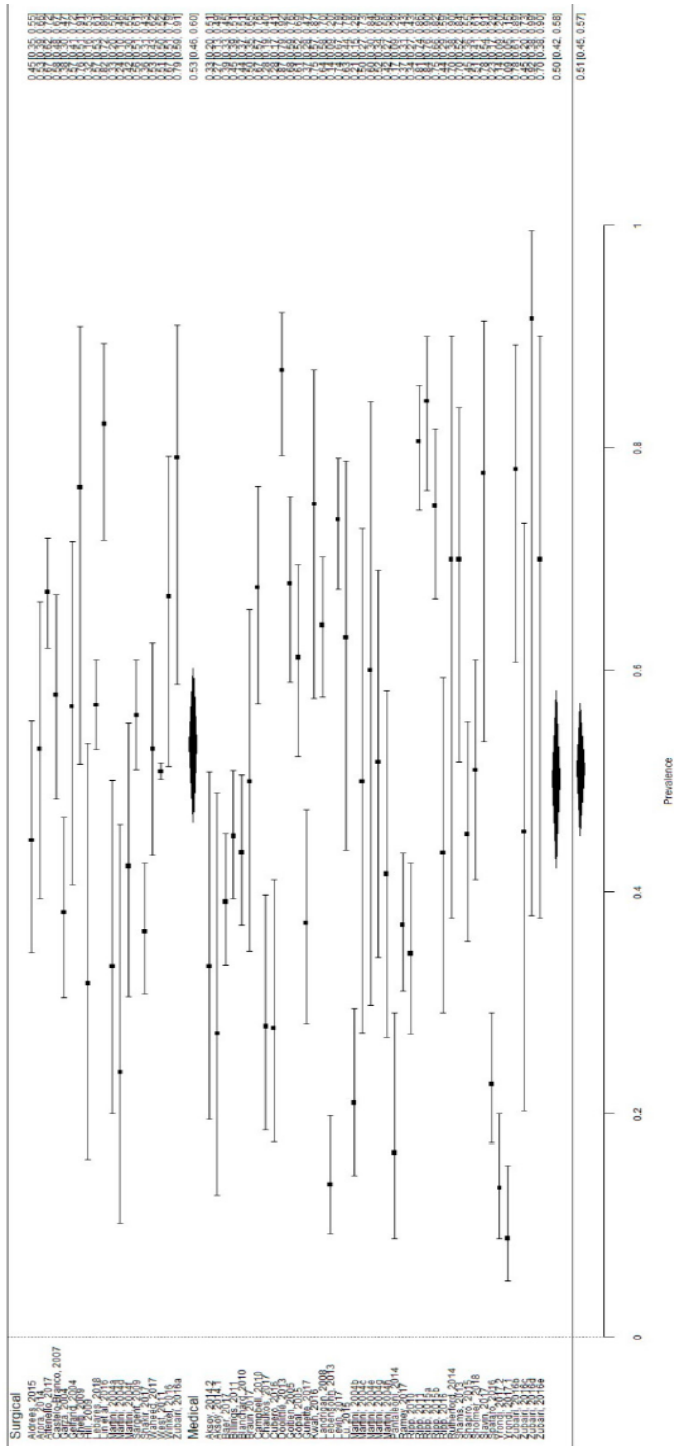


Figure 3. The aggregate prevalence of burnout in medical and surgical residents.

Bununla birlikdə, müxtəlif ixtisaslar arasında yayılma dərəcələri arasında statistik əhəmiyyətli bir fərq yox idi ($Q = 13.9, p = 0.53$). Coğrafi bölgəyə görə alt qrup analizində (Cədvəl 2), bəzi Avropa ölkələrində tükənmə prevalansı 27.72% idi (% 95 CI: 17.4-41.11). Bəzi Asiya ölkələrində tükənmə nisbəti ən yüksək 57.18% idi (% 95 CI: 45.8-67.85). Bununla birlikdə, müxtəlif qitələr arasında yayılma nisbətindəki fərq statistik olaraq əhəmiyyətli deyildi ($Q = 9.43, p = 0.093$).

4. Müzakirə

Bu meta-ataanaliz, tükənmə yayılma nisbətlerini tibbi ixtisaslara görə müqayisə etdi və rezidentlərdə tükənmənin ümumi yayılması haqqında məlumatları ümumiləşirdi. Bir neçə vacib tapıntı var idi. Birincisi, rezidentlər arasında tükənmənin global yayılması olduqca yüksək idi (50%-dən çox). İkincisi, tükənmənin yayılması terapiya və cərrahiyyə rezidentləri arasında müqayisəli idi. Üçüncüsü, səkkiz ixtisas üzrə (radiologiya, nevrologiya, ümumi cərrahiyyə, daxili xəstəliklər, ortopediya, dermatologiya, mamalıq və ginekologiya və neyro-cərrahiyyə) rezidentlərin yarısından çoxunun tükəndiyi məlum oldu, baxmayaraq ki, müxtəlif ixtisaslar arasında yayılma nisbətində statistik əhəmiyyətli bir fərq aşkarlanmamışdı. Tükənmənin daha çox yayılması yuxarı yaş qrupu və kişi cinsi ilə əlaqələndirildi. Maraqlıdır ki, nəşr ili tükənmənin yayılmasının zamanla dəyişməməsini təklif edən əhəmiyyətli bir moderator deyildi.

4.1. Bəzi terapevtik və cərrahi ixtisaslarda tükənmənin yüksək yayılmasının potensial səbəbləri

Terapevtik və cərrahi rezidentlərin yarısından çoxunun tükənmə yaşadığını gördük. Tükənmə simptomları bürokratik tələblər [78], davamlı olaraq dəyişən iş mühiti [17], administrasiya tərəfindən mikro idarəetmə, zəif klinik nəzarət, sensasiyalı medianın tibbi səhvlər barədə xəbərləri [79], məhdud səhiyyə mənbələri [17], mübahisəli mühitlər [80] və zəif iş-həyat tarazlığı [81] kimi səbəblərdən qaynaqlana bilər. Psixiatriya rezidentləri arasında tükənmə nisbəti 50%-dən az idi.

Bu tapıntı təəccüblü deyil, çünki psixiatriya rezidenturası koqnitiv-davranış terapiyası, şəxsiyyətlərə terapiya, dəstəkləyici psixoterapiya və problem həll edən psixoterapiya da daxil olmaqla müxtəlif psixoterapiya üsulları üzrə təlim təklif edir.

Bəlkə də psixiatriya rezidentləri tükənmə və mənfi emosional simptomlarını azaltmaq və ya aradan qaldırmaq üçün psixoterapevtik üsulları tətbiq edə bilərlər. Bunun əksinə olaraq, radiologiya rezidentlərinin tükənmənin ən yüksək yayılma nisbətində sahib olduğunu gördük. Radiologiya təhsili xəstələrlə birbaşa qarşılıqlı əlaqədən məhrumdur və diaqnoz qoymaq üçün müxtəlif görüntüləmə üsullarının texniki görünüşlərinə və şəkillərin şərhinə yönəlmişdir. Nəticədə, radiologiya rezidentləri tükənmə və mənfi duyğuları idarə etmək üçün klinik və psixoterapevtik bacarıqlardan məhrum ola bilərlər. Bundan əlavə, radiologiya rezidentləri tez-tez diaqnoz səhvlərindən narahat olduqları və digər ixtisaslar tərəfindən tənqid olunduqları

akademik müəssisələrdə işləyirlər. Güvənsizlik görüntülərin təfsirində süni zəkənin meydana çıxması ilə daha da arta bilər və bu da potensial iş yerini dəyişdirmə hissinə təsir edə bilər [82].

Table 2. Prevalence of burnout in residents by subgroup analysis.

Medical Specialty/Region	Number of Residents (pct.)	Burnout Prevalence pct. and 95% CI	I ²
All residents	22,778 (100%)	51.0% (45.0–57.0)	97.0%
Surgical vs. medical: <i>p</i> (subgroup difference) = 0.337			
Surgical residents	18,759 (82.36%)	53.27% (46.27–60.15)	94.8%
Medical residents	4019 (17.64%)	50.13% (42.12–58.13)	95.0%
* Specialty: <i>p</i> (subgroup difference) = 0.533			
Radiology	99 (0.43%)	77.16% (5.99–99.45)	77.8%
Neurology	228 (1%)	71.93% (65.78–77.39)	0%
General Surgery	17,153 (75.31%)	58.39% (45.72–70.04)	96.0%
Internal Medicine	1865 (8.19%)	57.11% (45.11–68.33)	95.3%
Orthopedics	435 (1.91%)	55.63% (50.93–60.28)	96.3%
Dermatology	106 (0.47%)	51.89% (42.42–61.21)	0%
Obstetrics and Gynecology	442 (1.94%)	52.84% (41.77–63.63)	78.0%
Neurosurgery	601 (2.63%)	52.02% (31.02–72.33)	96.3%
Pediatrics	583 (2.6%)	43.74% (26.70–62.39)	92.3%
Anesthesia	163 (0.71%)	43.71% (11.15–82.29)	92.3%
Otolaryngology	107 (0.47%)	42.06% (33.09–51.58)	0.0%
Psychiatry	245 (1.08%)	42.05% (33.09–51.58)	89.6%
Oncology	490 (2.15%)	38.36% (32.69–44.37)	27.6%
Family Medicine	213 (0.94%)	35.97% (13.89–66.18)	88.4%
† Region: <i>p</i> (subgroup difference) = 0.093			
Several Asian countries (Pakistan, Saudi Arabia, and Turkey)	356 (1.56%)	57.18% (45.80–67.85)	80.9%
Several European countries (France, Spain)	584 (2.56%)	27.72% (17.40–41.11)	96.4%
North America	21,757 (95.52%)	51.64% (46.96–56.28)	97.1%

* Aggregate prevalence rates of burnout in emergency medicine and ophthalmology were not included due to inadequate number of studies. † Aggregate prevalence rates of burnout in Africa and Oceania were not included due to inadequate number of studies.

4. 2. Tükənmənin Tibb Universitetlərindən Rezidenturaya uzanması

Bu iş tibb tələbələri və kursantlar arasında əvvəlki tükənmə tədqiqatlarında görünməyən bəzi amilləri işıqlandırmağa kömək edir. Bu yaxınlarda aparılan bir meta-analiz tükənmələrin tibb tələbələri arasında 7% ilə 75% arasında olduğunu bildirdi [83]. Bununla birlikdə, bu iş tükənmənin ümumi prevalansını təmin etmədi və mümkün coğrafi fərqləri araşdırmadı. Buna rəğmən, rezidenturada tükənmə, ehtimal ki,

universitetlər və səhiyyə orqanları tərəfindən məlumatlılıq və müdaxilə olunmaması səbəbindən tibb fakültəsindəki tükənmədən qaynaqlana bilər. Tükənmə və depressiya bir-biri ilə əlaqəlidir [84]. Tükənmiş tibb tələbələri işlə əlaqəli əlillik və məzun olduqdan sonra məhsuldarlıq itkisi ilə əlaqəli depressiyaya daha çox məruz qalırlar [85]. Puthran və s. (2016) [31] meta-analiz aparmış və tibb tələbələri arasında qlobal depressiya yayılmasının 28% olduğunu tapmışdır. Məzun tibb proqramı (məsələn, Şimali Amerikadakı MD sistemi) və Orta Şərq ölkələrində tibbi təhsil almaq tibb tələbələri arasında depressiyaya səbəb olan amillər idi. Eynilə, yuxarı yaş rezidentlər arasında tükənməyə səbəb olan əhəmiyyətli bir moderator idi. Son olaraq, rezidentlər özlərini tibb universitetlərində xəstəxana akkreditasiya prosesləri, klinik yoxlamalar və inzibati və tədris rolları daxil olmaqla təhsil almadıqları vəzifələrdə çalışarkən tapırlar, bunların hamısı rezidenturada tükənməyə təkan verə bilər.

4. 3. Digər Səhiyyə Peşələri ilə müqayisə

Tibb tələbələri kimi, digər səhiyyə işçiləri də tükənmədən əziyyət çəkirlər. Monsalve-Reyes və s. (2018) 1110 ilkin yardım tibb bacıları arasında tükənmənin yayılmasının nisbətən daha az olduğunu (% 31) bildirdi [86]. Meta-analizimizdə ailə həkimi rezidentləri bütün rezidentlər arasında tükənmənin ən aşağı yayılma səviyyəsinə sahib idi ki, bu da ABŞ-da aparılan bir tədqiqatdan fərqlidir [87]. Ailə həkimi rezidentlərinə bənzər ilkin yardım tibb bacıları, evlərində və icmalarında xroniki xəstəlikləri olan sabit xəstələri idarə edirlər ki, bu da onlara xəstələrlə daha güclü bağlar yaratmağa imkan verir və tükənmənin qarşısını alır [86]. Əksinə, xəstəxanalara əsaslanan ixtisaslardakı rezidentlər tez-tez tükənmənin daha yüksək yayılmasına səbəb ola biləcək müxtəlif ağırlaşmalı kəskin xəstəlikləri olan qeyri-sabit xəstələri idarə edirlər ki, bu da tükənmənin daha yüksək yayılmasına səbəb ola bilər. Bundan əlavə, xəstəxanada təhsil alan rezidentlərin ilkin tibbi yardımda olan rezidentlərlə müqayisədə məhkəmə çəkişmələri ilə qarşılaşma ehtimalı daha böyükdür [17]. Neyrocərrahiyyə, ortopediya, daxili xəstəliklər, ümumi cərrahiyyə, anesteziya və pediatriya içərisində tədqiqatlar arasında yüksək heterogenliyi (>90%) aşkar etdik. Bunun səbəbi müxtəlif ölkələr və onların rezidentura strukturları, qiymətləndirmə metodları, tibbi-hüquqi təcrübələr, xidmət çağırışlarının sayı, əmək haqqı miqyası, iş yeri şərtləri, iş təhlükəsizliyi və iş imkanları ola bilər.

4. 4. Rezidenturada tükənmənin Şərq ilə Qərb arasındakı fərqləri

Bu müşahidələrin bəziləri, fərqli qitələr arasında tükənmənin yayılma nisbətələrində fərqliliklər göstərən alt qrup analizlərimizlə əsaslandırılmışdır, baxmayaraq ki, bu fərqlər statistik baxımdan əhəmiyyətli deyildi. Bəzi Asiya ölkələrində rezidentlərlər arasında tükənmənin yüksək yayılmasına səbəb olan amillər arasında uzun iş saatları, yüksək təhsil təzyiqləri, sərbəst fəaliyyət məhdudiyəti, yüksək səviyyədə iş və ev müdaxiləsi və peşə qeyri-müəyyənliyi ola bilər [88, 89]. Bu streslər bəzi Asiya ölkələrində üstünlük təşkil edir. Bundan əlavə, bəzi Asiya ölkələrində rezidentlər üçün iş şəraitini qorumaq üçün heç bir müdafiə sistemi yoxdur. Əksinə, Avropa İş Zamanı

Təlimatında həftədə maksimum 48 iş saati göstərildi və Avropa ölkələrində rezidentura təhsili proqramları yaxşı uyğunluq nümayiş etdirdi [90]. Maraqlıdır ki, Şimali Amerikada tükənmənin yayılması bir sıra Avropa ölkələrindən daha yüksək idi. Bunu iş saatları və uyğunluq nisbətindəki fərqlərlə izah etmək olar. ABŞ-ın Məzun Tibbi Təhsili üzrə Akkreditasiya Şurası rezidentlər üçün həftədə 80 saatlıq iş limitinə icazə verir [91] və rezidentura proqramlarına uyğunluq nisbəti aşağı idi [92].

4. 5. Gələcək Tədqiqatlar

Rezidentlərin yaşlı olmasının tükənmənin daha çox yayılması ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olduğunu gördük. Bir neçə fərziyyə var. Birincisi, yaşlı rezidentlər ixtisas seçimində çətinlik çəkdiyinə görə rezidenturaya gec daxil ola bilərlər. İkincisi, yaşlı rezidentlər gənc rezidentlərlə müqayisədə təhsil tələblərinin və rezidentura imtahanlarının öhdəsindən gəlməkdə çətinlik çəkə bilər. Üçüncüsü, yaşlı rezidentlərin evlənmə ehtimalı daha yüksəkdir və ailə məsuliyyətlərinin öhdəsindən gəlməklə bərabər həmçinin imtahanlarda iştirak etmək, araşdırma aparmaq və inzibati vəzifələri yerinə yetirmək ehtiyacı ola bilər [93]. Bu müşahidə kişi cinsinin, xüsusən də evli kişi rezidentlərin tükənmənin daha çox yayılması ilə əhəmiyyətli dərəcədə əlaqəli olduğunu izah edə bilər. Bu, vacib bir tapıntıdır, çünki kişilərin qadınlarla müqayisədə psixoloji əzabları qəbul etmə və kömək axtarma ehtimalı daha aşağıdır. [94]. Gələcək tədqiqatlar rezidentlər arasında tükənmə sindromunun inkişafına təsir göstərə biləcək psixoloji, peşə, təlim və sosial-demografik amilləri qiymətləndirmək üçün perspektivli bir tədqiqatı əhatə etməlidir. Bu meta-analizə daxil olan tədqiqatların heç biri tükənmə və rezidentlərin məşğulluq nisbətləri arasındakı əlaqələri qiymətləndirməmişdir. Gələcək tədqiqatlar tükənmənin bu və digər uzunmüddətli təsirlərini tədqiq etməlidir. Rezidentlər tez-tez tükənmədən qaçmaq və inkar etməklə məşğul olurlar [95]. Laqeyd yanaşılan tükənmə tez-tez alkoqol və maddədən sui-istifadəyə, təşvişə, depressiyaya, rezidentura təhsilini dayandıрмаğa, yorğunluğa, şəxsiyyətlərarası və ailə münasibətlərinin pozulmasına və yuxusuzluğa səbəb ola bilər [17]. Terapiya və cərrahiyyə rezidentlərinin peşə sağlamlığı gündəminin bir hissəsi olaraq ruhi sağlamlığına niyə laqeyd yanaşıldığı aydın deyil. Təlim-təhsil inzibatçılarının tükənmədən xəbərsiz olmaları və ya mövcud tətbiqetmələrin tibb işçilərinin real dünya iş şərtləri üçün gücləndirilməsinə kömək etdiyinə inanmaları ola bilər.

4. 6. Siyasətin təsiri

Tapıntılarımızın mühüm siyasi təsiri var. Siyasət tərtib edənlər dəlillərə əsaslanan psixoloji müdaxilələr də daxil olmaqla rezidentlərdə tükənmələrin düzgün idarə olunması üçün sağlamlıq sistemlərini hazırlamaladırlar. Səhiyyə orqanları rezidentlərdə tükənmə ilə mübarizə üçün erkən aşkarlama və profilaktika proqramları təklif etməlidir. Tükənmə dərəcələri çox yüksək olan mütəxəssislər (>50%) təlim mühitini, təlimçilərin sərişətəsini, karyera inkişafı imkanlarını və rezidentlərin məmnuniyyətini yaxşılaşdırmaq üçün təlim proqramında struktur və təşkilati dəyişiklikləri nəzərə almalıdırlar. Bəzi Asiya ölkələrində və digər yerlərdə rezidentura proqramları iş-həyat balansını yaxşılaşdırmalı və iş saatları üçün məhdudiyətlər təyin etməlidir.

Appendix A

Criteria/Name	1) Was the research question or objective in this paper clearly stated?	2) Was the study population clearly specified and defined?	3) Was the participation rate of eligible persons at least 50%?	4) Were all the subjects selected or recruited from the same or similar populations (including the same time period)? Were inclusion and exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants?	5) Was sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?	6) For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?	7) Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?	8) For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome?	9) Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	10) Were the exposure(s) assessed more than once over time?	11) Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	12) Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?	13) Was loss to follow-up after baseline 20% or less?	14) Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposures and outcome(s)?
Garza et al., 2004 [45]	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Gelfand et al., 2004 [46]	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004a [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004b [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004c [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004d [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004e [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004f [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004g [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Martini et al., 2004h [44]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Gostein et al., 2005 [43]	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Gopal et al., 2005 [42]	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Castelo-Branco et al., 2007 [68]	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Landrigan et al., 2008 [41]	Y	Y	Y	Y	Y	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Ghetti et al., 2009 [40]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Hill and Smith, 2009 [48]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Saugett et al., 2009 [39]	Y	Y	NR	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Blanchard et al., 2010 [67]	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Campbell et al., 2010 [47]	Y	Y	N	Y	N	Y	Y	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Ripp et al., 2010 [38]	Y	Y	Y	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Billings et al., 2011 [37]	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	NA	NA	Y	N	NA	Y

Figure A1. Cont.

Criteria/Name	1) Was the research question or objective in this paper clearly stated?	2) Was the study population clearly specified and defined?	3) Was the participation rate of eligible persons at least 50%?	4) Were all the subjects selected or recruited from the same or similar populations (including exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants)?	5) Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?	6) For the analyses in this paper, were the outcomes(s) of interest measured prior to the exposure(s) being measured?	7) Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?	8) For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome?	9) Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	10) Were the exposure(s) assessed more than once over time?	11) Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	12) Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?	13) Was loss to follow-up after baseline 20% or less?	14) Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposure(s) and outcome(s)?
Ripp et al., 2011 [20]	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
West et al., 2011 [36]	Y	Y	Y	Y	N	Y	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	Y
Doolittle et al., 2013 [35]	Y	Y	Y	Y	Y	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Lehensohn et al., 2013 [34]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Shame and El-Masry, 2013 [75]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Aksoy et al., 2014a [70]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Aksoy et al., 2014b [70]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Avora et al., 2014 [76]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Pantaleoni et al., 2014 [33]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Rutherford and Oda, 2014 [65]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Aldrees et al., 2015 [71]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Lu et al., 2015 [32]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Shapiro et al., 2015 [58]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	Y
Ripp et al., 2015a [63]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Ripp et al., 2015b [63]	Y	Y	Y	Y	Y	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Cubero et al., 2016 [77]	Y	Y	N	Y	N	Y	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Lin et al., 2016 [62]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Spataro et al., 2016 [61]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Kawah et al., 2016 [73]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Ripp et al., 2016 [60]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N
Winkel et al., 2016 [59]	Y	Y	Y	Y	Y	N	NA	Y	NA	NA	Y	N	NA	N

Figure A1. Cont.

Criteria/Name	(1) Was the research question or objective in this paper clearly stated?	(2) Was the study population clearly specified and defined?	(3) Was the participation rate of eligible persons at least 50%?	(4) Were all the subjects selected or recruited from the same time period? Were inclusion and exclusion criteria for being in the study prespecified and applied uniformly to all participants?	(5) Was a sample size justification, power description, or variance and effect estimates provided?	(6) For the analyses in this paper, were the exposure(s) of interest measured prior to the outcome(s) being measured?	(7) Was the timeframe sufficient so that one could reasonably expect to see an association between exposure and outcome if it existed?	(8) For exposures that can vary in amount or level, did the study examine different levels of the exposure as related to the outcome?	(9) Were the exposure measures (independent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	(10) Were the exposure(s) assessed more than once over time?	(11) Were the outcome measures (dependent variables) clearly defined, valid, reliable, and implemented consistently across all study participants?	(12) Were the outcome assessors blinded to the exposure status of participants?	(13) Was loss to follow-up after baseline 20% or less?	(14) Were key potential confounding variables measured and adjusted statistically for their impact on the relationship between exposures and outcome(s)?
Zubairi and Noordin, 2016a [72]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Zubairi and Noordin, 2016b [72]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Zubairi and Noordin, 2016c [72]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Zubairi and Noordin, 2016d [72]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Zubairi and Noordin, 2016e [72]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Attienello et al., 2017 [66]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Baer et al., 2017 [57]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Braun et al., 2017 [64]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Buis et al., 2017 [54]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Chaukos et al., 2017 [56]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Guennette and Smith, 2017 [55]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Raney et al., 2017 [53]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Shakir et al., 2017 [52]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Slavin et al., 2017 [51]	Y	Y	NR	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Wahed et al., 2017 [74]	Y	Y	NR	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Yrondi et al., 2017a [69]	Y	Y	NR	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Yrondi et al., 2017b [69]	Y	Y	NR	Y	Y	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Lebares et al., 2018 [50]	Y	Y	N	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N
Shoimer et al., 2018 [49]	Y	Y	Y	Y	N	N	NA	Y	NA	Y	Y	N	NA	N

Figure A1. Summary of quality assessment of included studies. Y: Yes; N: No; NA: not applicable; NR: not reported.

4. 7. Güclü tərəflər və məhdudiyyətlər

Bu meta-analizin güclü tərəfləri arasında hərtərəfli bir axtarış strategiyasının istifadəsi, tədqiqat prosesi boyunca ən azı iki müstəqil tədqiqatçının iştirakı yer alır. Güclü axtarış strategiyası sayəsində meta-analizimizin seçmə ölçüsü ($n = 22, 778$) terapiya rezidentlərinin tükənməsi ilə bağlı son meta-analizdən ($n = 4664$) demək olar ki, beş dəfə çox idi [96]. Bu meta-analiz Maslach Tükənmişlik Sorğusunu (MTS) istifadə edən tədqiqatları əhatə etdi. Nəşr qərəzinin (publication bias) olmaması meta-analizimizin nəticələrini dəyişdirə biləcək tədqiqatları qaçıрмаğımızın mümkün olmadığını göstərir. Bizim yanaşmamız, mövcud tükənmə tədqiqatlarının əsas məhdudiyyəti olan tükənməni təyin etmək və ölçmək üçün müxtəlif yollardan çəkindi [97]. Tükənmə bəzi psixiatrik simptomlarda olduğu kimi neyrogörüntülemə və ya digər bioloji metodlarla ölçülmədikcə [98, 99], MTS bu meta-analiz aparıldıqda tükənmənin ölçülməsinin ən köklü yolu olaraq qalır. Bu meta-analizin bir neçə məhdudiyyəti var. Birincisi, daxil olan bütün tədqiqatlar, hər bir rezidentura proqramı üçün iş yükləri və mənbələr, depressiya üçün genetik risk, anamnezdə olan psixiatrik xəstəlik və maddə asılılığı daxil olmaqla ölçülməmiş qarışıqlıqlara görə özünəməxsus yanaşmaya səbəb ola biləcək müşahidə xarakterli idi. Eynilə, bəzi tükənmə əlaqələrini (məsələn, həftəlik iş saatları, ailə vəziyyəti, maddi vəziyyət, işdən məmnunluq) tapa bilmədik, çünki əsas məlumat mənbələri bu cür informasiya vermədi. İkincisi, kişilərin orta yaşı və nisbəti meta-reqressiya üçün moderator olmasına baxmayaraq, 60 tədqiqatdan 38-nin (63. 33) və 60 tədqiqatdan 21-nin (35) müvafiq olaraq orta yaş və cinsin nisbətini bildirmədiyini qeyd etmək vacibdir.

Bundan əlavə, meta-reqressiyaların nəticələri müşahidə əlaqələrini təklif edir, lakin ekoloji səhvlikdən (ecological fallacy) qaynaqlanması səbəb deyil [100]. Üçüncüsü, bu tədqiqat, bütün ixtisaslar üzrə mümkün olan ən çox sayda araşdırmanı istifadə edərək rezidentlər arasında tükənmə yayılmasının qiymətləndirilməsinə yönəldilmişdir, lakin ixtisas üzrə rezident sayının bölgüsü qeyri-bərabər idi. Bu meta-analiz 22. 178 rezidenti əhatə etdi, rezidentlərdən 17. 153-ü cərrahiyyəyə, 4019-u daxili xəstəliklərə, 245-i psixiatriyaya, 228-i nevrologiyaya, 213-ü ailə həkimliyinə və 99-u radiologiyaya mənsub idi. Bəzi ixtisasların az təmsil olunması bu meta-analizin əsas məhdudiyyətlərindən biridir. Dördüncüsü, tükənmə əlamətlərinin qiymətləndirilməsindəki fərqlər səbəbindən tükənmə fərdi komponentlərinin yayılmasını (məsələn, aşağı şəxsi nailiyyət) müqayisə edə bilmədik. Son olaraq, tədqiqatların çoxu ABŞ-da aparıldı, daha az inkişaf etməkdə olan ölkələrdə (məsələn, Vyetnam) və inkişaf etməkdə olan ölkələrdə (məsələn, Çin, Hindistan) rezidentlərin ağır iş yükləri, aşağı əmək haqqı və xəstələrin hörmət göstərməməsi ilə qarşılaşdığı yerlərdə aparıldı [101, 102].

Xüsusi qeyd etmək lazımdır ki, Avropa, Asiya, Avstraliya və Afrikada və təcili tibbi yardım və oftalmologiya daxil olmaqla bəzi ixtisaslar üzrə tədqiqatlar kifayət qədər deyil. Nəticədə, qitələrə əsaslanan alt qrup analizi ehtiyatla şərh olunmalıdır.

5. Nəticələr

Bu meta-analizin nəticələri rezidentlərdə tükənmə nisbətinin yüksək olduğunu, o cümlədən 50%-dən çox olduğunu göstərir. Tapıntılarımız tükənmənin bütün ixtisaslarda üstünlük təşkil etdiyini, lakin bəzi ixtisasların digərlərinə nisbətən daha yüksək nisbətdə olduğunu göstərdi. Nəticələr yaş, cinsiyyət və coğrafi yerin tükənmə dərəcələrinə təsir edə biləcəyini də göstərdi. Tükənmə işdən məmnunluq, rezidentlərin sağlamlığı və xəstələrə klinik xidmətlərin göstərilməsi üzərində mənfi təsir göstərir. Rezidentura təhsili ilə tükənmə arasındakı inandırıcı səbəb əlaqələrini müəyyənləşdirmək üçün daha çox araşdırma tələb olunur. Siyasətçilər və səhiyyə orqanları rezidentlərdə tükənmənin aşkarlanması, ümumi idarəedilməsi və qarşısının alınmasının dərhal yaxşılaşdırılmasına kömək etmək üçün mövcud dəlillərdən istifadə etməlidirlər. Tapıntılarımız rezidentlər arasında tükənmə yayılmasının azaldılması üçün yerli təhsil mühiti və digər demoqrafik amillərə xas olan rezidentura proqramları üçün təcili olaraq struktur və təşkilati dəyişikliklərə ehtiyac olduğunu göstərir.

ƏDƏBİYYAT

1. Freudenberger, H. J. Staff Burn-Out. *J. Soc. Issues* 1974, 30, 159–165. [CrossRef]
2. Jackson, S. E. ; Schwab, R. L. ; Schuler, R. S. Toward an understanding of the burnout phenomenon. *J. Appl. Psychol.* 1986, 71, 630–640. [CrossRef]
3. Maslach, C. ; Jackson, S. ; Leiter, M. *The Maslach Burnout Inventory Manual*; Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA, 1997; Volume 3, pp. 191–218.
4. Maslach, C. ; Leiter, M. P. Understanding the burnout experience: Recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry Off. J. World Psychiat. Assoc. (WPA)* 2016, 15, 103–111. [Cross-Ref] [PubMed]
5. Golonka, K. ; Mojsa-Kaja, J. ; Gawlowska, M. ; Popiel, K. Cognitive Impairments in Occupational Burnout-Error Processing and Its Indices of Reactive and Proactive Control. *Front. Psychol.* 2017, 8, 676. [CrossRef]
6. Kang, E. K. ; Lihm, H. S. ; Kong, E. H. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J. Fam. Med.* 2013, 34, 36–42. [CrossRef] [PubMed]
7. Kluger, M. T. ; Townend, K. ; Laidlaw, T. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists. *Anaesthesia* 2003, 58, 339–345. [CrossRef]
8. Williams, E. S. ; Konrad, T. R. ; Scheckler, W. E. ; Pathman, D. E. ; Linzer, M. ; McMurray, J. E. ; Gerrity, M. ; Schwartz, M. Understanding physicians' intentions to withdraw from practice: The role of job satisfaction, job stress, mental and physical health. 2001. *Health Care Manag. Rev.* 2010, 35, 105–115. [CrossRef] [PubMed]
9. Dewa, C. S. ; Loong, D. ; Bonato, S. ; Trojanowski, L. ; Rea, M. The relationship between resident burnout and safety-related and acceptability-related quality of healthcare: A systematic literature review. *BMC Med. Educ.* 2017, 17, 195. [CrossRef]
10. Williams, E. S. ; Skinner, A. C. Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Manag. Rev.* 2003, 28, 119–139. [CrossRef]
11. West, C.P.; Shanafelt, T.D. Physician well-being and professionalism. *Minn. Med.* 2007, 90, 44–46.
12. Wurm, W. ; Vogel, K. ; Holl, A. ; Ebner, C. ; Bayer, D. ; Morkl, S. ; Szilagy, I. S. ; Hotter, E. ; Kapfhammer, H. P. ; Hofmann, P. Depression-Burnout Overlap in Physicians. *PLoS ONE* 2016, 11, e0149913. [CrossRef]
13. Rosenstein, A. H. ; O'Daniel, M. Impact and implications of disruptive behavior in the perioperative arena. *J. Am. Coll. Surg.* 2006, 203, 96–105. [CrossRef]
14. Ledikwe, J. H. ; Kleinman, N. J. ; Mpho, M. ; Mothibedi, H. ; Mawandia, S. ; Semo, B. W. ; O'Malley, G. Associations between healthcare worker participation in workplace wellness activities and job satisfaction, occupational stress and burnout: A cross-sectional study in Botswana. *BMJ Open* 2018, 8, e018492. [CrossRef]

15. Dyrbye, L. N. ; Thomas, M. R. ; Massie, F. S. ; Power, D. V. ; Eacker, A. ; Harper, W. ; Durning, S. ; Moutier, C. ; Szyldo, D. W. ; Novotny, P. J. ; et al. Burnout and suicidal ideation among U. S. medical students. *Ann. Intern. Med.* 2008, 149, 334–341. [CrossRef]
16. Shanafelt, T. D. ; Balch, C. M. ; Bechamps, G. J. ; Russell, T. ; Dyrbye, L. ; Satele, D. ; Collicott, P. ; Novotny, P. J. ; Sloan, J. ; Freischlag, J. A. Burnout and career satisfaction among American surgeons. *Ann. Surg.* 2009, 250, 463–471. [CrossRef]
17. Kumar, S. Burnout and doctors: Prevalence, prevention and intervention. *Healthcare* 2016, 4, 37. [Cross-Ref]
18. Moradi, Y. ; Baradaran, H. R. ; Yazdandoost, M. ; Atrak, S. ; Kashanian, M. Prevalence of Burnout in residents of obstetrics and gynecology: A systematic review and meta-analysis. *Med. J. Islamic Repub. Iran* 2015, 29, 235.
19. Sanfilippo, F. ; Noto, A. ; Foresta, G. ; Santonocito, C. ; Palumbo, G. J. ; Arcadipane, A. ; Maybauer, D. M. ; Maybauer, M. O. Incidence and Factors Associated with Burnout in Anesthesiology: A Systematic Review. *BioMed Res. Int.* 2017, 2017, 8648925. [CrossRef]
20. Ripp, J. ; Babyatsky, M. ; Fallar, R. ; Bazari, H. ; Bellini, L. ; Kapadia, C. ; Katz, J. T. ; Pecker, M. ; Korenstein, D. The incidence and predictors of job burnout in first-year internal medicine residents: A five-institution study. *Acad. Med.* 2011, 86, 1304–1310. [CrossRef]
21. Moher, D. ; Liberati, A. ; Tetzlaff, J. ; Altman, D.G. ; The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med.* 2009, 6, e1000097. [CrossRef]
22. Maslach, C. ; Jackson, S. E. ; Leiter, M. P. ; Schaufeli, W. B. ; Schwab, R. L. *Maslach Burnout Inventory*; Consulting Psychologists Press: Palo Alto, CA, USA, 1986; Volume 21.
23. Agency for Healthcare Research and Quality. Physician Burnout. Available online: <https://www.ahrq.gov/professionals/clinicians-providers/ahrq.../burnout/index.html> (accessed on 17 April 2019).
24. National Heart, L. ; Institute, B. *Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies*; National Institutes of Health, Department of Health and Human Services: Bethesda, MD, USA, 2014.
25. Cheung, M. W. L. ; Ho, R. C. ; Lim, Y. ; Mak, A. Conducting a meta-analysis: Basics and good practices. *Int. J. Rheum. Dis.* 2012, 15, 129–135. [CrossRef]
26. Lim, G. Y. ; Tam, W. W. ; Lu, Y. ; Ho, C. S. ; Zhang, M. W. ; Ho, R. C. Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Sci. Rep.* 2018, 8, 2861. [CrossRef]
27. Quek, Y. H. ; Tam, W. W. ; Zhang, M. W. ; Ho, R. C. The global prevalence of anxiety and depressive symptoms among caregivers of stroke survivors. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017, 18, 111–116.
28. Quek, Y.H.; Tam, W.W.S.; Zhang, M.W.B.; Ho,R.C.M. Exploring the association between childhood and adolescent obesity and depression: A meta-analysis. *Obes. Rev.* 2017, 18, 742–754. [CrossRef]
29. Tung, Y. -J. ; Lo, K. K. ; Ho, R. C. ; Tam, W. S. W. Prevalence of depression among nursing students: A systematic review and meta-analysis. *Nurse Educ. Today* 2018, 63, 119–129. [CrossRef]
30. Mak, A. ; Cheung, M. W. ; Fu, E. H. ; Ho, R. C. Meta-analysis in medicine: An introduction. *Int. J. Rheum. Dis.* 2010, 13, 101–104. [CrossRef]
31. Puthran, R. ; Zhang, M. W. ; Tam, W. W. ; Ho, R. C. Prevalence of depression amongst medical students: A meta-analysis. *Med. Educ.* 2016, 50, 456–468. [CrossRef]
32. Lu, D. W. ; Dresden, S. ; McCloskey, C. ; Branzetti, J. ; Gisondi, M. A. Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians. *West. J. Emerg. Med.* 2015, 16, 996. [CrossRef]
33. Pantaleoni, J. L. ; Augustine, E. M. ; Sourkes, B. M. ; Bachrach, L. K. Burnout in pediatric residents over a 2-year period: A longitudinal study. *Acad. Pediatr.* 2014, 14, 167–172. [CrossRef]
34. Lebensohn, P. ; Dodds, S. ; Benn, R. ; Brooks, A. J. ; Birch, M. Resident wellness behaviors. *Fam. Med.* 2013, 45, 541–549.
35. Doolittle, B. R. ; Windish, D. M. ; Seelig, C. B. Burnout, coping, and spirituality among internal medicine resident physicians. *J. Grad. Med. Educ.* 2013, 5, 257–261. [CrossRef] [PubMed]
36. West, C. P. ; Shanafelt, T. D. ; Kolars, J. C. Quality of life, burnout, educational debt, and medical knowledge among internal medicine residents. *JAMA* 2011, 306, 952–960. [CrossRef]
37. Billings, M. E. ; Lazarus, M. E. ; Wenrich, M. ; Curtis, J. R. ; Engelberg, R. A. The effect of the hidden curriculum on resident burnout and cynicism. *J. Grad. Med. Educ.* 2011, 3, 503–510. [CrossRef] [PubMed]

38. Ripp, J. ; Fallar, R. ; Babyatsky, M. ; David, R. ; Reich, L. ; Korenstein, D. Prevalence of resident burnout at the start of training. *Teach. Learn. Med.* 2010, 22, 172–175. [CrossRef] [PubMed]
39. Sargent, M. C. ; Sotile, W. ; Sotile, M.O. ; Rubash, H. ; Barrack, R.L. Quality of life during orthopaedic training and academic practice: Part 1: Orthopaedic surgery residents and faculty. *JBJS* 2009, 91, 2395–2405. [CrossRef] [PubMed]
40. Ghetti, C. ; Chang, J. ; Gosman, G. Burnout, psychological skills, and empathy: Balint training in obstetrics and gynecology residents. *J. Grad. Med. Educ.* 2009, 1, 231–235. [CrossRef] [PubMed]
41. Landrigan, C. P. ; Fahrenkopf, A. M. ; Lewin, D. ; Sharek, P. J. ; Barger, L. K. ; Eisner, M. ; Edwards, S. ; Chiang, V. W. ; Wiedermann, B. L. ; Sectish, T. C. Effects of the accreditation council for graduate medical education duty hour limits on sleep, work hours, and safety. *Pediatrics* 2008, 122, 250–258. [CrossRef] [PubMed]
42. Gopal, R. ; Glasheen, J. J. ; Miyoshi, T. J. ; Prochazka, A. V. Burnout and internal medicine resident work-hour restrictions. *Arch. Intern. Med.* 2005, 165, 2595–2600. [CrossRef] [PubMed]
43. Goitein, L. ; Shanafelt, T. D. ; Wipf, J. E. ; Slatore, C. G. ; Back, A. L. The effects of work-hour limitations on resident well-being, patient care, and education in an internal medicine residency program. *Arch. Intern. Med.* 2005, 165, 2601–2606. [CrossRef]
44. Martini, S. ; Arfken, C. L. ; Churchill, A. ; Balon, R. Burnout comparison among residents in different medical specialties. *Acad. Psychiatry* 2004, 28, 240–242. [CrossRef]
45. Garza, J. A. ; Schneider, K. M. ; Promecene, P. ; Monga, M. Burnout in residency: A statewide study. *South. Med. J.* 2004, 97, 1171–1174. [CrossRef]
46. Gelfand, D. V. ; Podnos, Y. D. ; Carmichael, J. C. ; Saltzman, D. J. ; Wilson, S. E. ; Williams, R. A. Effect of the 80-hour workweek on resident burnout. *Arch. Surg.* 2004, 139, 933–940. [CrossRef]
47. Campbell, J. ; Prochazka, A. V. ; Yamashita, T. ; Gopal, R. Predictors of persistent burnout in internal medicine residents: A prospective cohort study. *Acad. Med.* 2010, 85, 1630–1634. [CrossRef]
48. Hill, J. D. ; Smith, R. J. Monitoring stress levels in postgraduate medical training. *Laryngoscope* 2009, 119, 75–78. [CrossRef]
49. Shoimer, I. ; Patten, S. ; Mydlarski, P. Burnout in dermatology residents: A Canadian perspective. *Br. J. Dermatol.* 2018, 178, 270–271. [CrossRef]
50. Lebares, C. C. ; Guvva, E. V. ; Ascher, N. L. ; O’Sullivan, P. S. ; Harris, H. W. ; Epel, E. S. Burnout and Stress among US Surgery Residents: Psychological Distress and Resilience. *J. Am. Coll. Surg.* 2018, 226, 80–90. [CrossRef]
51. Slavin, S. ; Shoss, M. ; Broom, M. A. A Program to Prevent Burnout, Depression, and Anxiety in First-Year Pediatric Residents. *Acad. Pediatr.* 2017, 17, 456–458. [CrossRef]
52. Shakir, H. J. ; McPheeters, M. J. ; Shallwani, H. ; Pittari, J. E. ; Reynolds, R. M. The Prevalence of Burnout Among US Neurosurgery Residents. *Neurosurgery* 2017, 83, 582–590. [CrossRef]
53. Ramey, S. J. ; Ahmed, A. A. ; Takita, C. ; Wilson, L. D. ; Thomas, C. R. ; Yechieli, R. Burnout Evaluation of Radiation Residents Nationwide: Results of a Survey of United States Residents. *Int. J. Radiat. Oncol. Boil. Phys.* 2017, 99, 530–538. [CrossRef]
54. Busis, N. A. ; Shanafelt, T. D. ; Keran, C. M. ; Levin, K. H. ; Schwarz, H. B. ; Molano, J. R. ; Vidic, T. R. ; Kass, J. S. ; Miyasaki, J. M. ; Sloan, J. A. Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. *Neurology* 2017, 88, 797–808. [CrossRef]
55. Guenette, J. P. ; Smith, S. E. Burnout: Prevalence and associated factors among radiology residents in New England with comparison against United States resident physicians in other specialties. *Am. J. Roentgenol.* 2017, 209, 136–141. [CrossRef] [PubMed]
56. Chaikos, D. ; Chad-Friedman, E. ; Mehta, D. H. ; Byerly, L. ; Celik, A. ; McCoy, T. H. ; Denninger, J. W. Risk and resilience factors associated with resident burnout. *Acad. Psychiatry* 2017, 41, 189–194. [CrossRef] [PubMed]
57. Baer, T. E. ; Feraco, A. M. ; Sagalowsky, S. T. ; Williams, D. ; Litman, H. J. ; Vinci, R. J. Pediatric resident burnout and attitudes toward patients. *Pediatrics* 2017, 139, e20162163. [CrossRef]
58. Shapiro, J. ; Zhang, B. ; Warm, E. J. Residency as a social network: Burnout, loneliness, and social network centrality. *J. Grad. Med. Educ.* 2015, 7, 617–623. [CrossRef]
59. Winkel, A. F. ; Feldman, N. ; Moss, H. ; Jakalow, H. ; Simon, J. ; Blank, S. Narrative medicine workshops for obstetrics and gynecology residents and association with burnout measures. *Obstet. Gynecol.* 2016, 128, 27S–33S. [CrossRef]

60. Ripp, J. A. ; Fallar, R. ; Korenstein, D. A randomized controlled trial to decrease job burnout in first-year internal medicine residents using a facilitated discussion group intervention. *J. Grad. Med. Educ.* 2016, 8, 256–259. [CrossRef] [PubMed]
61. Spataro, B. M. ; Tilstra, S. A. ; Rubio, D. M. ; McNeil, M. A. The toxicity of self-blame: Sex differences in burnout and coping in internal medicine trainees. *J. Womens Health* 2016, 25, 1147–1152. [CrossRef] [PubMed]
62. Lin, D. T. ; Liebert, C. A. ; Tran, J. ; Lau, J. N. ; Salles, A. Emotional intelligence as a predictor of resident well-being. *J. Am. Coll. Surg.* 2016, 223, 352–358. [CrossRef] [PubMed]
63. Ripp, J. A. ; Bellini, L. ; Fallar, R. ; Bazari, H. ; Katz, J. T. ; Korenstein, D. The impact of duty hours restrictions on job burnout in internal medicine residents: A three-institution comparison study. *Acad. Med.* 2015, 90, 494–499. [CrossRef] [PubMed]
64. Braun, S. E. ; Auerbach, S. M. ; Rybarczyk, B. ; Lee, B. ; Call, S. Mindfulness, burnout, and effects on performance evaluations in internal medicine residents. *Adv. Med. Educ. Pract.* 2017, 8, 591–597. [CrossRef]
65. Rutherford, K. ; Oda, J. Family medicine residency training and burnout: A qualitative study. *Can. Med. Educ. J.* 2014, 5, e13.
66. Attenello, F. J. ; Buchanan, I. A. ; Wen, T. ; Donoho, D. A. ; McCartney, S. ; Cen, S. Y. ; Khalessi, A. A. ; Cohen-Gadol, A. A. ; Cheng, J. S. ; Mack, W. J. Factors associated with burnout among US neurosurgery residents: A nationwide survey. *J. Neurosurg.* 2018, 129, 1349–1363. [CrossRef]
67. Blanchard, P. ; Truchot, D. ; Albiges-Sauvin, L. ; Dewas, S. ; Pointreau, Y. ; Rodrigues, M. ; Xhaard, A. ; Lorient, Y. ; Giraud, P. ; Soria, J. Prevalence and causes of burnout amongst oncology residents: A comprehensive nationwide cross-sectional study. *Eur. J. Cancer* 2010, 46, 2708–2715. [CrossRef]
68. Castelo-Branco, C. ; Figueras, F. ; Eixarch, E. ; Quereda, F. ; Cancelo, M. ; Gonzalez, S. ; Balasch, J. Stress symptoms and burnout in obstetric and gynaecology residents. *BJOG Int. J. Obstet. Gynaecol.* 2007, 114, 94–98. [CrossRef]
69. Yrondi, A. ; Fournier, C. ; Fourcade, O. ; Schmitt, L. Burnout compared between anaesthesiology and psychiatry residents in France: An observational study. *Eur. J. Anaesthesiol. (EJA)* 2017, 34, 480–482. [CrossRef]
70. Yazgan Aksoy, D. ; Durusu Tanriover, M. ; Unal, S. ; Dizdar, O. ; Kalyoncu, U. ; Karakaya, J. ; Unal, S. ; Kale, G. Burnout syndrome during residency in internal medicine and pediatrics in a country without working time directive. *Int. J. Health Care Qual. Assur.* 2014, 27, 223–230. [CrossRef]
71. Aldrees, T. ; Badri, M. ; Islam, T. ; Alqahtani, K. Burnout among otolaryngology residents in Saudi Arabia: A multicenter study. *J. Surg. Educ.* 2015, 72, 844–848. [CrossRef]
72. Zubairi, A. J. ; Noordin, S. Factors associated with burnout among residents in a developing country. *Ann. Med. Surg.* 2016, 6, 60–63. [CrossRef]
73. Kwah, J. ; Weintraub, J. ; Fallar, R. ; Ripp, J. The Effect of Burnout on Medical Errors and Professionalism in First-Year Internal Medicine Residents. *J. Grad. Med. Educ.* 2016, 8, 597–600. [CrossRef]
74. Waheed, K. ; Liaqat, N. ; Ejaz, S. ; Khanum, A. ; Ijaz, S. ; Butt, A. ; Randhawa, F. A. ; Naheed, I. ; Javed, S. Burnout among gynaecological residents in Lahore, Pakistan: A cross-sectional survey. *Age* 2017, 27, 1–69.
75. Shams, T. ; El-Masry, R. Job stress and burnout among academic career anaesthesiologists at an Egyptian University Hospital. *Sultan Qaboos Univ. Med. J.* 2013, 13, 287. [CrossRef] [PubMed]
76. Arora, M. ; Diwan, A. D. ; Harris, I. A. Prevalence and factors of burnout among Australian orthopaedic trainees: A cross-sectional study. *J. Orthop. Surg.* 2014, 22, 374–377. [CrossRef] [PubMed]
77. Cubero, D. I. ; Fumis, R. R. L. ; de Sá, T. H. ; Dettino, A. ; Costa, F. O. ; Van Eyll, B. M. A. ; Beato, C. ; Peria, F. M. ; Mota, A. ; Altino, J. Burnout in medical oncology fellows: A prospective multicenter cohort study in Brazilian institutions. *J. Cancer Educ.* 2016, 31, 582–587. [CrossRef] [PubMed]
78. Hughes, D. ; Burke, D. ; Hickie, I. ; Wilson, A. ; Tobin, M. Advanced training in adult psychiatry. *Australas. Psychiatry* 2002, 10, 6–10. [CrossRef]
79. Momoh, P. *Medical Ethics Manual*; World Medical Association: Ferney-Voltaire, France, 2006.
80. Myers, M. F. Physician impairment: Is it relevant to academic psychiatry? *Acad. Psychiatry* 2008, 32, 39–43. [CrossRef] [PubMed]
81. Hauer, A. ; Waukau, H. J. ; Welch, P. Physician Burnout in Wisconsin: An Alarming Trend Affecting Physician Wellness. *WMJ Off. Publ. State Med. Soc. Wis.* 2018, 117, 194–200.

82. Liew, C. The future of radiology augmented with Artificial Intelligence: A strategy for success. *Eur. J. Radiol.* 2018, 102, 152–156. [CrossRef]
83. Erschens, R. ; Keifenheim, K. E. ; Herrmann-Werner, A. ; Loda, T. ; Schwille-Kiuntke, J. ; Bugaj, T. J. ; Nikendei, C. ; Huhn, D. ; Zipfel, S. ; Junne, F. Professional burnout among medical students: Systematic literature review and meta-analysis. *Med. Teach.* 2018, 41, 172–183. [CrossRef]
84. Freischlag, J. A. Burnout and Depression Among General Surgery Residents: Image Is Everything – It Alters Perception. *JAMA Surg.* 2018, 153, 711. [CrossRef]
85. Lee, Y. ; Rosenblat, J. D. ; Lee, J. ; Carmona, N. E. ; Subramaniapillai, M. ; Shekotikhina, M. ; Mansur, R. B. ; Brietzke, E. ; Lee, J. -H. ; Ho, R. C. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: A systematic review. *J. Affect. Disord.* 2017, 227, 406–415. [CrossRef]
86. Monsalve-Reyes, C. S. ; San Luis-Costas, C. ; Gómez-Urquiza, J. L. ; Albendín-García, L. ; Aguayo, R. ; Cañadas-De la Fuente, G. A. Burnout syndrome and its prevalence in primary care nursing: A systematic review and meta-analysis. *BMC Fam. Pract.* 2018, 19, 59. [CrossRef]
87. Shanafelt, T. D. ; Hasan, O. ; Dyrbye, L. N. ; Sinsky, C. ; Satele, D. ; Sloan, J. ; West, C. P. Changes in Burnout and Satisfaction with Work-Life Balance in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2014. *Mayo Clin. Proc.* 2015, 90, 1600–1613. [CrossRef]
88. Ogawa, R. ; Seo, E. ; Maeno, T. ; Ito, M. ; Sanuki, M. ; Maeno, T. The relationship between long working hours and depression among first-year residents in Japan. *BMC Med. Educ.* 2018, 18, 50. [CrossRef]
89. Ebrahimi, S. ; Kargar, Z. Occupational stress among medical residents in educational hospitals. *Ann. Occup. Environ. Med.* 2018, 30, 51. [CrossRef]
90. Temple, J. Resident duty hours around the globe: Where are we now? *BMC Med. Educ.* 2014, 14, S8. [CrossRef]
91. Nasca, T. J. Summary of Changes to ACGME Common Program Requirements Section VI. Available online: <http://www.acgme.org/Portals/0/PDFs/Nasca-Community/Section-VI-Memo-3-10-17.pdf> (accessed on 9 May 2018).
92. Fargen, K. M. ; Rosen, C. L. Are Duty Hour Regulations Promoting a Culture of Dishonesty among Resident Physicians? *J. Grad. Med. Educ.* 2013, 5, 553–555. [CrossRef]
93. Siu, C. ; Yuen, S. K. ; Cheung, A. Burnout among public doctors in Hong Kong: Cross-sectional survey. *Hong Kong Med. J. = Xianggang Yi Xue Za Zhi* 2012, 18, 186–192.
94. Choo, C. C. ; Harris, K. M. ; Ho, R. C. Prediction of lethality in suicide attempts: Gender matters. *OMEGA-J. Death Dying* 2017. [CrossRef]
95. Williford, M. L. ; Scarlet, S. ; Meyers, M. O. ; Luckett, D. J. ; Fine, J. P. ; Goettler, C. E. ; Green, J. M. ; Clancy, T. V. ; Hildreth, A. N. ; Meltzer-Brody, S. E. Multiple-institution comparison of resident and faculty perceptions of burnout and depression during surgical training. *JAMA Surg.* 2018, 153, 705–711. [CrossRef]
96. Rodrigues, H. ; Cobucci, R. ; Oliveira, A. ; Cabral, J. V. ; Medeiros, L. ; Gurgel, K. ; Souza, T. ; Gonçalves, A. K. Burnout syndrome among medical residents: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE* 2018, 13, e0206840. [CrossRef]
97. Eckleberry-Hunt, J. ; Kirkpatrick, H. ; Barbera, T. The Problems With Burnout Research. *Acad. Med.* 2018, 93, 367–370. [CrossRef]
98. Ho, C. S. ; Zhang, M. W. ; Ho, R. C. Optical Topography in Psychiatry: A Chip Off the Old Block or a New Look Beyond the Mind-Brain Frontiers? *Front. Psychiatry* 2016, 7, 74. [CrossRef]
99. Lai, C. Y. Y. ; Ho, C. S. H. ; Lim, C. R. ; Ho, R. C. M. Functional near-infrared spectroscopy in psychiatry. *BJPsych Adv.* 2017, 23, 324–330. [CrossRef]
100. Ho, R. C. ; Cheung, M. W. ; Fu, E. ; Win, H. H. ; Zaw, M. H. ; Ng, A. ; Mak, A. Is high homocysteine level a risk factor for cognitive decline in elderly? A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Am. J. Geriatr. Psychiatry* 2011, 19, 607–617. [CrossRef]
101. Lancet. Violence against doctors: Why China? Why now? What next? *Lancet* 2014, 383, 1013. [CrossRef]
102. Lo, D. ; Wu, F. ; Chan, M. ; Chu, R. ; Li, D. A systematic review of burnout among doctors in China: A cultural perspective. *Asia Pac. Fam. Med.* 2018, 17, 3. [CrossRef] © 2019 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

**Потребности больных шизофренией находящихся
на различных стадиях выздоровления**
Асадов Б.М., Исмаилова Дж.Ф.

**Sağalmanın müxtəlif mərhələlərində olan şizofreniya xəstələrinin
tələbatları**
Əsədov B.M., İsmayılova C.F.

**Needs of Patients with Schizophrenia at Different
Stages of Recovery**
Asadov B.M., Ismayilova J.F.

ATU-nun psixiatriya kafedrası
E-mail: ismayilova.d@gmail.com

Bu gün şizofreniya zamanı sağalma konsepsiyası tədqiqatçılarda böyük maraq doğurur. Eyni zamanda sağalmanın müxtəlif mərhələlərində tələbatların dinamikası haqqında kifayət qədər məlumat yoxdur. Bununla bağlı olaraq, hazırkı tədqiqatın məqsədi sağalma mərhələləri və şizofreniya xəstələrinin tələbatları arasındakı qarşılıqlı əlaqənin öyrənilməsidir. Tədqiqatın iştirakçıları psixososial reabilitasiya proqramına cəlb edilmiş 52 şizofreniya xəstəsi olmuşdur. Alətlər qismində Tələbatların Qiymətləndirilməsinin Kembervel Şkalası (CAN) və Sağalmanın Mərhələlərinin Müəyyən edilməsi üzrə Alət (STORI) tətbiq edilmişdir. Tədqiqatın göstərdiyi kimi, ödənilməmiş tələbatların sayı sağalmanın başlanğıc mərhələsində olan xəstələrdə daha çox, şəxsi inkişaf mərhələsində olanlarda isə daha az olmuşdur. Statistik əhəmiyyətli fərqlər funksional tələbatlara dair aşkar edilə bilər. Bu onunla bağlıdır ki, daha yüksək sağalma mərhələsinə keçid pasiyentin fəaliyyətinin yaxşılaşdığını göstərir. Beləliklə, müsbət özünü identifikasiyanın formalaşması, yeni həyat məqsədlərinin axtarışı və sağalma prosesində məsuliyyətin qəbul edilməsi öz funksional tələbatlarını ödəmək imkanının artması ilə paralel baş verir.

Açar sözlər: *tələbat, sağalma, şizofreniya, funksional, kross-seksion, xəstələr, reabilitasiya*

At present, a concept of recovery in schizophrenia is a subject of interest for many researches. However, little is known about dynamics of needs at different stages of recovery. The study is aimed to investigate reciprocal relationships between stages of recovery and needs of patients with schizophrenia. 52 patients with schizophrenia attending psychosocial rehabilitation program became participants of the study. Camberwell Assessment of Need (CAN) and Stages of Recovery Instrument (STORI) were used as primary assessment tools in this study. The study results showed increased number of unmet needs in patients at early stage of recovery, while they gradually diminished in the course of recovery. Statistically significant difference was observed with regard to functional needs. This was an evidence that a transition to more advanced stage of recovery was associated with improved functioning. Thus, developing positive identity, search for new life goals and taking responsibility in the course of recovery occur simultaneously with strengthening capacities of patients with schizophrenia to satisfy their needs.

Key words: *needs, recovery, schizophrenia, functioning, cross-sectional, patients, rehabilitation*

Большой интерес к потребностям больных шизофренией связан с возрастающим значением концепции выздоровления, которая постепенно начинает определять политику в области психического здоровья во многих странах [4]. Не случайно в принятом в Великобритании Плане по развитию системы психического здоровья на 2009-2019 гг. указывается, что лечение и другие виды помощи должны «быть ориентированы на выздоровление, которое определяется при обсуждении с самими пользователями» [6]. В то же время практическое внедрение ориентированного на выздоровление подхода сталкивается с определенными противоречиями [7].

Проблема заключается в том, что в настоящее время существуют два различных определения понятия «выздоровления». Первое определение исходит из субъективного опыта и рассматривает выздоровление как «способ жить удовлетворительной, обнадеживающей и приносящей пользу жизни даже в пределах ограничений, вызванных болезнью» [2; с. 137]. Второе определение выздоровления основано на объективных критериях, сочетающих оценку выраженности симптоматики и степень социальной адаптации, включая трудоспособность, способность к самостоятельному проживанию, конструктивные отношения с окружающими [16].

Естественно, что два указанных подхода имеют концептуальные различия, которые определяют различное понимание целей и задач выздоровления. Субъективный подход, использует понятие «личностное выздоровление», и делает акцент на центральной роли индивидуума, тогда как оказываемые ему услуги являются поддержкой в его выздоровлении [5]. Объективный подход, использует термин «функциональное выздоровление», и направлен на рассмотрение конечных результатов оказываемой помощи, которые могут быть определены с перспективы удовлетворения потребностей пациента [14].

С целью объединения описанных выше подходов в оценке выздоровления была предложена модель СНМЕ, название которой представляет собой акроним, происходящий из терминов, относящихся к выздоровлению – взаимодействие с окружающими, оптимизм, само-идентичность, жизненные цели, расширение возможностей. Данная модель позволяет определять, на какой стадии выздоровления находится пациента в процессе лечения и реабилитации [15].

За последние годы было разработано несколько инструментов по измерению показателей выздоровления больных шизофренией. Примерами таких инструментов являются популярная Шкала Оценки Выздоровления (RAS), Шкала Ведения Болезни и Выздоровления (IMR), а так же Ин-

струмент Оценки Стадий Выздоровления, который обладает наилучшими психометрическими свойствами (STORI) [20].

На сегодняшний день все большую значимость в психиатрии приобретает движение за выздоровление, которое основывается на теории позитивной психологии и представляет собой научное изучение сильных сторон личности пациента, формирующих его мотивацию к положительным переменам в своей жизни [13]. В исследованиях, проведенных среди больных шизофренией, было показано, что формирование позитивного само-восприятия и развитие способности противостоять негативным эмоциям предоставляет мощную защиту от чувства беспомощности, безнадежности и суицидальных проявлений [19]. Кроме того, осознание связи событий в жизни со своими поступками и необходимости приложения собственных усилий для противостояния болезни, способствуют лучшей функциональной адаптации больных шизофренией [22].

Многие исследователи при изучении процесса выздоровления при шизофрении опираются на концепцию устойчивости личности, которая рассматривается как процесс адаптации к различного рода изменениям, неблагоприятным обстоятельствам и стрессу [11]. Устойчивость личности проявляется социальной компетентностью, самостоятельностью, способностью ставить цели и решать проблемы [21]. Низкий уровень устойчивости личности отмечен не только у лиц уже страдающих шизофренией, но и у людей с высоким риском развития этого заболевания [17]. С другой стороны больные с более высоким уровнем личностной устойчивости выявляют лучшие показатели прогноза шизофрении [12].

Возрастающее внимание к вопросам выздоровления, устойчивости личности и функциональной адаптации знаменует собой переход от изучения факторов риска, связанных с психосоциальной дисфункцией, к изучению протективных факторов, содействующих процессу выздоровления, что является многообещающим подходом в плане улучшения помощи больным шизофренией [8].

В этой связи целью настоящего исследования явилось изучение взаимосвязи между стадиями выздоровления и потребностями больных шизофренией

Материал и методы исследования

Место проведения исследования. Местом проведения исследования явился Центр Психического Здоровья МЗ АР (ЦПЗ). Наряду с деятельностью по координации услуг в области психического здоровья на уровне страны ЦПЗ предоставляет внебольничную помощь взрослому населению

и детям. Больные шизофренией, обращающиеся в ЦПЗ могут получать лечение в дневном стационаре и, участвовать в различных реабилитационных программах, а так же совместно со своими родными привлекаться к психоэдукации. В ЦПЗ внедрен мультидисциплинарный командный подход, при котором в оказании помощи пациенту участвуют психиатр, психолог, социальный работник, специалист по реабилитации и медсестра.

Участники исследования. Участниками исследования являлись 52 больных шизофренией привлеченных к программе психосоциальной реабилитации. Отбор участников проводился методом простой рандомизации из числа больных шизофренией, посещавших центр психического здоровья в 2017-2019 гг. Критериями включения в исследование являлись:

- Возраст пациентов от 18 до 60 лет
- Установленный в соответствии с критериями МКБ-10 диагноз шизофрении
- Продолжительность заболевания не менее одного года
- Заметное нарушение психосоциальной адаптации
- Способность дать информированное согласие на участие в исследовании

Больные имевшие сопутствующие диагнозы органического расстройства, употребления психоактивных веществ, отставание в психическом развитии, а так же тяжелые соматические заболевания были исключены из исследования.

Все участники исследования опрашивались в индивидуальном порядке, при этом интервьюер не являлся лечащим врачом пациента. В случае непонимания каких-либо вопросов, включенных в использовавшиеся инструменты, интервьюером давались необходимые объяснения. Для сбора демографических и клинических данных пациентов использовались записи из медицинских карт.

Структура и процедуры исследования. Настоящее исследование получило одобрение со стороны Этического Комитета Азербайджанского Медицинского Университета. В ходе его выполнения были предприняты специальные меры по сохранению анонимности лиц, участвовавших в исследовании и обеспечению конфиденциальности данных, полученных от них. Письменное добровольное согласие на участие в исследовании было получено в индивидуальном порядке от всех больных и членов семей после ясного изложения им целей и процедур исследования.

В работе использовался кросс-секционный, прагматический исследовательский дизайн, выполненный на конвенциональной выборке. Отбор

участников исследования проводился в «гибком» временном режиме и зависел от набора необходимого количества больных, учувствовавших в реабилитации. Структура данного исследования не подразумевала рандомизации или проведения каких либо вмешательств в ходе его выполнения.

Каждый участник исследования должен был ответить на вопросы, содержащиеся в использованных инструментах в процессе индивидуального обследования, которое проводилось в отдельных помещениях каждого из учреждений. Пациенты и члены их семей опрашивались отдельно. В случае недостаточного понимания вопроса, специалист проводящий опрос давал необходимые разъяснения пациенту. Время опроса составляло приблизительно 90 минут. Сбор демографических и клинических данных так же проводился на основе изучения медицинской документации, содержащей информацию о диагнозе и течении болезни.

Инструменты исследования. В качестве инструментов в работе использовалась:

Кембервильская Шкала Оценки Потребностей (Camberwell Assessment of Need -CAN), которая позволяет произвести комплексную оценку базовых, социальных и функциональных потребностей, а так же потребностей, связанных со здоровьем, лечением и психосоциальной помощью [18]. Шкала состоит из 22 пунктов, относящихся к проблемам, которые пациент испытывал в течении последнего месяца. Оценка каждого пункта производилась по трехступенчатой схеме, где «0» означал отсутствие потребности, «1» - наличие определенной проблемы, которая удовлетворяется в рамках оказываемой помощи, «2» - наличие проблемы, которая продолжает оставаться серьезной вне зависимости от оказываемой помощи. Для определения количества удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей ответы «1» и «2» подсчитывались отдельно, однако общий показатель по шкале CAN оценивался как сумма ответов, получивших «1» и «2».

Инструмент по Определению Стадий Выздоровления (Stages of Recovery Instrument - STORI) [1] представляет собой опросник из 50 пунктов, которые объединены в 10 групп, каждая из которых относится к одному из процессов выздоровления. Каждый из пяти пунктов внутри группы представляет одну из пяти следующих стадий выздоровления:

1. Мораторий – период самоизоляции, характеризующийся глубоким чувством утраты идентичности и безнадежностью
2. Осознание – понимание того, что не все потеряно и несмотря на болезнь возвращение к нормальной жизни возможно

3. Подготовка – рассмотрение своих сильных и слабых сторон, начало выработки навыков необходимых для выздоровления

4. Перестройка – активная работа над созданием позитивной идентичности, самоконтроля и нахождение значимых целей в жизни

5. Рост – позитивное самовосприятие, личностное развитие, повышение устойчивости к стрессу, овладение стратегиями по преодолению болезни

Все пункты могут оцениваться от «0» (в данный момент совершенно неверно) до 5 (абсолютно верно в данный момент). Таким образом общий балл может варьировать от 0 до 50. В зависимости от наивысшего балла респондента относят к определенной стадии выздоровления. Для перевода и применения шкалы STORI в этой работе было получено официальное разрешение у ее разработчиков.

Адаптация шкалы STORI. Процесс перевода и адаптации данной шкалы проходил в несколько этапов:

1) Перевод шкалы STORI с английского на азербайджанский был осуществлен профессиональным переводчиком с опытом перевода текстов по психическому здоровью. Перевод согласовывался со специалистами Центра Психического Здоровья МЗ владеющими английским и азербайджанским языками

2) Обратный перевод с азербайджанского на английский был проведен другим переводчиком и затем оригинальная и заново переведенная версии были отосланы для сравнения англоязычному специалисту. Все замечания эксперта обсуждали с ним при составлении конечной версии перевода.

3) Конечная версия инструмента на азербайджанском языке была обсуждена со специалистами, пациентами и членами их семей и в нее так же были внесены небольшие коррективы.

4) С целью валидации шкалы стадий выздоровления был проведен анализ внутренней согласованности вопросов, относящихся к каждой стадии. Коэффициент Cronbach's α варьировал от 0.756 (стадия Осознания) до 0.924 (стадия Личностного роста), что свидетельствует о высокой надежности отдельных субшкал.

5) Для определения соответствия количества стадий выздоровления был проведен иерархический кластерный анализ с использованием метода Ward, показавший, что наилучшим решением является трех-кластерная модель. При трех-кластерной модели можно четко определить вопросы, относящиеся к стадии Мараторий (Кластер I) и все вопросы, относящиеся

к стадии Личностного роста (Кластер III). В тоже время Кластер III включает три вопроса из стадии Подготовки и 7 вопросов из стадии Перестройки.

Полученные результаты могут быть интерпретированы с той позиции, что начальная и последняя стадии выздоровления являются состояниями с четко очерченными границами, тогда как вторая, третья и четвертые стадии отражают динамический процесс со многими промежуточными формами, которые плавно переходят друг в друга. В этой связи в дальнейшей части работы была использована трех-фазовая модель выздоровления, которая разделялась на стадию Моратория, стадию Изменения (включавшую стадии Осознания, Подготовки и Перестройки) и стадию Личностного роста.

Статистический анализ. Статистический анализ проводился с помощью пакета статистических программ IBM SPSS для Windows, 23.0 (Armonk, NY: IBM Corp.). В связи с отсутствием рандомизации для сравнения потребностей больных на разных стадиях выздоровления использовался непараметрический тест Kruskal-Walles для нескольких независимых групп. Для всех расчетов уровень статистической значимости был определен как $p < 0.05$, а мощность определялась 0.8.

Результаты исследований и их обсуждение

В таблице 1. представлены социо-демографические характеристики участников исследования, а так же данные относящиеся к их заболеванию.

Показатель	N (%)	Показатель	M (95% CI)
Пол	Мужской	Возраст начала болезни	24.3 (21.8-26.8)
	Женский		
Возраст M (95% CI)	43.6 (40.4-46.8)	Продолжительность болезни	19.1 (15.9-22.2)
Семейное положение	Не состоит в браке	Общее число эпизодов	5.9 (5.0-6.8)
	Состоит в браке		
Образование	Начальное	Число госпитализаций	3.9 (3.0-4.9)
	Среднее		
	Среднее специальное		
	Высшее		
Занятость	Работает/учится	Число недобровольных госпитализаций	2.1 (1.3-2.9)
	Не работает		

Результаты оценки удовлетворенных и неудовлетворенных потребностей, а так же общее число потребностей выздоровления выявил разли-

чия у пациентов, находящихся на определенной стадии выздоровления (см. Рисунок 1.).

Как показывает исследование, наибольшее количество удовлетворенных потребностей отмечалось в группе больных, находившихся на начальной (M= 6.5; SD=3.5) или на конечной стадиях выздоровления (M=5.4; SD=2.3), а наименьшее количество таких потребностей установлено у больных на стадии Изменений (M=4.9; SD=2.3). Однако эти различия не достигали уровня статистической значимости ($\chi^2=2.4$; df=2; p=0.3)

Как и следовало ожидать число неудовлетворенных потребностей было наибольшим у больных, находившихся на стадии Моратория (M=3.8; SD=2.03), а наименьшее – у больных на стадии Личностного роста (M=2.75; SD=1.9) ($\chi^2=2.3$; df=2; p=0.31).

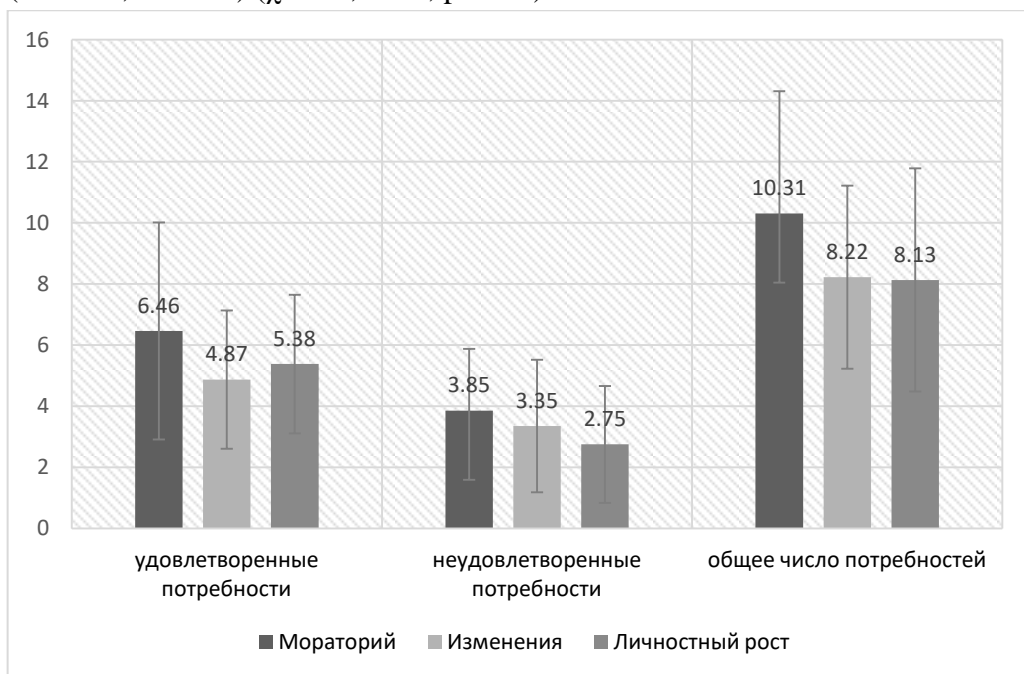


Рисунок 1. Количество потребностей у больных на разных стадиях выздоровления

Общее число потребностей было практически одинаковым как на стадии Личностного роста (M=8.1; SD=3.6), так и на стадии Изменений (M=8.2; SD=3.0), в то время как у больных на стадии Моратория их было больше всего (M=10.3; SD=4.0) ($\chi^2=2.2$; df=2; p=0.12).

Так же для установления различий между типами неудовлетворенных потребностей был проведен анализ структуры потребностей у больных на разных стадиях выздоровления (см. Таблицу 2.)

Говоря о потребностях в первую очередь обращает внимание отсутствие существенных различий по неудовлетворенным базовым и социальным потребностям в зависимости от стадии выздоровления. Так же можно отметить незначительные различия по числу неудовлетворенных потребностей касающихся здоровья и социальных услуг. Таким образом, статистически значимые различия можно выявить только в отношении функциональных потребностей, которые уменьшаются у больных на стадии Изменений и на стадии Личностного роста. Действительно, переход на более высокую стадию выздоровления означает в первую очередь улучшение функционирования пациентов. В частности, больные шизофренией восстанавливают способность следить за собой, ухаживать за детьми, выполнять домашнюю работу, организовывать повседневную деятельность.

Таблица 2. Количество неудовлетворенных потребностей на различных стадиях выздоровления

Типы потребностей	Количество потребностей на стадии выздоровления			χ^2	p
	Мораторий M (SD)	Изменения M (SD)	Личностный Рост M (SD)	K-W	
Базовые и социальные	3.8 (1.95)	3.6 (2.35)	3.7 (2.41)	2.4	0.301
Функциональные	1.2 (1.07)	0.4 (0.59)	0.4 (0.51)	6.84	0.033
Здоровье	0.7 (0.85)	0.9 (1.24)	0.3 (0.6)	3.41	0.182
Социальные услуги	0.5 (0.66)	0.7 (0.81)	0.6 (0.96)	0.652	0.722

Обсуждение полученных результатов

Сравнение значений полученных нами по шкале STORI с результатами зарубежных работ выявило схожесть полученных нами данных с данными, представленными испанскими исследователями [21]. В частности средние значения по каждой из стадий нашего исследования практически не отличались от средних значений выявленных специалистами из Университета Овьедо. Мы так же признаем справедливым мнение выше-названных авторов о том, что уровень выздоровления во многом зависит от таких факторов как стигма, степень выраженности когнитивных нарушений, субъективное восприятие болезни, а так же тяжесть отдельных синдромов. Касаясь вопроса о степени удовлетворения потребностей больных, находящихся на разных стадиях выздоровления, наше исследо-

вание выявило, что наибольшее число неудовлетворенных потребностей было у больных на начальной стадии выздоровления, а наименьшее их количество было отмечено у больных на стадии Личностного роста. Эти данные позволяют предположить, что с переходом на более высокую стадию выздоровления количество неудовлетворенных потребностей постепенно снижается. В процессе интервьюирования пациентов большинство больных, находящихся на стадии Моратория сообщали о значительном количестве неудовлетворенных потребностей. При этом наиболее доминирующими являлись либо пассивное ожидание получения помощи со стороны, либо неверие в саму возможность удовлетворения своих потребностей. Совершенно другое отношение к потребностям мы могли наблюдать у больных на более высоких уровнях выздоровления. В частности многие больные на стадиях Перестройки или Личностного роста говорили о том, что в процессе лечения и реабилитации они научились самостоятельно находить решения своих жизненных проблем, отмечая при этом, что раньше они не видели этих возможностей.

Естественно шизофрения являясь тяжелым хроническим заболеванием создает значительные препятствия в удовлетворении потребностей даже тех пациентов, которые находятся на более продвинутых стадиях выздоровления [3]. В этой связи во многих развитых странах получила широкое распространение Интегрированная модель ориентированная на выздоровление (Integrated Recovery-oriented Model IRM), которая была специально разработана для повшения доступности психосоциальных вмешательств, основанных на принципах доказательной медицины [10]. Эта модель ставит во главу угла оптимизацию изменяющихся во времени потребностей, удовлетворение которых будет содействовать улучшению состояния и функциональной адаптации пациентов.

В ходе настоящего исследования удалось установить не только различия по количеству потребностей между пациентами находящимися на разных стадиях выздоровления, но и различия, касающиеся структуры самих потребностей. Так если базовые потребности и потребности в социальных услугах не выявили особых отличий в зависимости от стадии выздоровления, то в отношении функциональных потребностей мы могли констатировать статистически значимое снижение потребностей у пациентов проходивших стадию Изменений и стадию Личностного роста. Указанные различия могут объясняться тем, что в процессе выздоровления в первую очередь восстановление касается функциональной адаптации больных шизофренией, которые начинают лучше справляться с повседневными задачами.

Хотя в доступной литературе никто до нас не изучал динамику потребностей в зависимости от стадии выздоровления с использованием одних и тех же инструментов, для сравнения можно привести исследование французских авторов, опубликованное в 2019 г. [9]. Данное когортное исследование осуществлялось в рамках проекта RENAbase, начатого в 2016 г. и было нацелено на определение реабилитационных потребностей у 1397 больных с тяжелыми психическими расстройствами и заболеваниями аутистического спектра. Так же как и в нашем исследовании в цитируемой работе было показано снижение функциональных потребностей по мере перехода пациентов на более вышестоящие ступени выздоровления. При этом, менялось не только количество но и качество потребностей. Например, если на стадии Моратория у пациентов доминировали потребности в улучшении контроля за симптомами болезни, то на стадии личностного роста ведущими были потребности в развитии межличностных отношений и когнитивных навыков. Вместе с тем мы полностью разделяем мнение авторов о том, что даже те пациенты, которые находятся на самых верхних ступенях выздоровления продолжают испытывать потребность в помощи в определенных областях. Поэтому реабилитационные программы, ориентированные на выздоровление, должны проводиться с учетом уровня функциональной адаптации достигнутым конкретными пациентами.

Важно отметить, что хотя лица страдающие шизофренией и их родственники прежде всего в качестве выздоровления рассматривают отсутствие психотических симптомов и госпитализации, что укладывается в рамки традиционного медицинского подхода. Однако наши исследования показывают ограниченность такого подхода, поскольку клиническая ремиссия и пребывание на амбулаторном лечении являются лишь предварительным условием, но не доказательством выздоровления. Большинство больных на стадии Моратория не выявляли острых симптомов шизофрении и соответственно не находились на стационарном лечении, однако их функциональный статус не позволял судить о начале процесса выздоровления. С другой стороны, пациенты, находившиеся в процессе выздоровления, у которых с помощью шкалы STORI были установлены стадии Изменений или Личностного Роста, параллельно с формированием позитивной самоидентичности, отделения своей личности от болезни, поиском новых жизненных целей и принятием ответственности, оказываются способны удовлетворять свои функциональные потребности. Этот факт доказывает правомерность биопсихосоциального подхода - именно улучшение социального функционирования, а не отсутствие симптомов или госпитализаций, должно рассматриваться в качестве главного индикатора выздоровления при шизофрении.

Как и любое другое научное исследование наша работа имеет ряд ограничений. Основным ограничением данного исследования является кросс-секционный дизайн, который не позволяет определить динамику потребностей в относительно продолжительной временной перспективе. Несмотря на то, что мы включили в исследование больных шизофренией находящихся на разных стадиях выздоровления, этот подход не устраняет необходимость в проведении проспективных когортных исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006 Nov-Dec;40(11-12):972-80. doi: 10.1080/j.1440-1614.2006.01921.x.
2. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16(4), 11–23. doi:10.1037/h0095655
3. Asher L, Fekadu A, Hanlon C, Mideksa G, Eaton J, Patel V, De Silva MJ. Development of a Community-Based Rehabilitation Intervention for People with Schizophrenia in Ethiopia. *PLoS One*. 2015 Nov 30;10(11):e0143572. doi: 10.1371/journal.pone.0143572.
4. Castillo EG, Chung B, Bromley E, Kataoka SH, Braslow JT, Essock SM, Young AS, Greenberg JM, Miranda J, Dixon LB, Wells KB. Community, Public Policy, and Recovery from Mental Illness: Emerging Research and Initiatives. *Harv Rev Psychiatry*. 2018;26(2):70-81. doi: 10.1097/HRP.000000000000178.
5. Chan S, Weich S. Mental well-being and recovery in serious mental illness: associations between mental well-being and functional status in the Health Survey for England 2014. *BJPsych Open*. 2020 Jun 18;6(4):e66. doi: 10.1192/bjo.2020.46.
6. Department of Health Mental Health Action Plan 2009-2019, London, UK
7. Durand F, Fleury MJ. A multilevel study of patient-centered care perceptions in mental health teams. *BMC Health Serv Res*. 2021 Jan 7;21(1):44. doi: 10.1186/s12913-020-06054-z.
8. Erim BR, Boztaş H, Yıldız M, Uygun E. The Factors Affecting the Relationship between Remission Status and Employment in Chronic Schizophrenia Patients. *Psychiatry Investig*. 2019 Nov;16(11):860-867. doi: 10.30773/pi.2019.0087.
9. Franck N, Bon L, Dekerle M, Plasse J, Massoubre C, Pommier R, Legros-Lafarge E, Jaafari N, Guillard-Bouhet N, Quilès C, Couhet G, Verdoux H, Gouache B, Martin B, Cervello S, Demily C, Dubreucq J. Satisfaction and Needs in Serious Mental Illness and Autism Spectrum Disorder: The REHABase Psychosocial Rehabilitation Project. *Psychiatr Serv*. 2019 Apr 1;70(4):316-323. doi: 10.1176/appi.ps.201800420.
10. Frost BG, Tirupati S, Johnston S, Turrell M, Lewin TJ, Sly KA, Conrad AM. An Integrated Recovery-oriented Model (IRM) for mental health services: evolution and challenges. *BMC Psychiatry*. 2017 Jan 17;17(1):22. doi: 10.1186/s12888-016-1164-3. PMID: 28095811; PMCID: PMC5240195.
11. Galderisi S, Rossi A, Rocca P, Bertolino A, Mucci A, Bucci P, Rucci P, Gibertoni D, Aguglia E, Amore M, Bellomo A, Biondi M, Brugnoli R, Dell'Oso L, De Ronchi D, Di Emidio G, Di Giannantonio M, Fagiolini A, Marchesi C, Monteleone P, Oldani L, Pinna F, Roncone R, Sacchetti E, Santonastaso P, Siracusano A, Vita A, Zeppegnò P, Maj M; Italian Network For Research on Psychoses. The influence of illness-related variables, personal resources and context-related factors on real-life functioning of people with schizophrenia. *World Psychiatry*. 2014 Oct;13(3):275-87. doi: 10.1002/wps.20167.

12. Green MF, Horan WP, Lee J. Nonsocial and social cognition in schizophrenia: current evidence and future directions. *World Psychiatry*. 2019 Jun;18(2):146-161. doi: 10.1002/wps.20624.
13. Izydorczyk B, Sitnik-Warchulska K, Kühn-Dymecka A, Lizińczyk S. Resilience, Sense of Coherence, and Coping with Stress as Predictors of Psychological Well-Being in the Course of Schizophrenia. The Study Design. *Int J Environ Res Public Health*. 2019 Apr 9;16(7):1266. doi: 10.3390/ijerph16071266.
14. Lahera G, Gálvez JL, Sánchez P, Martínez-Roig M, Pérez-Fuster JV, García-Portilla P, Herrera B, Roca M. Functional recovery in patients with schizophrenia: recommendations from a panel of experts. *BMC Psychia*
15. Leamy M, Clarke E, Le Boutillier C, Bird V, Choudhury R, MacPherson R, Pesola F, Sabas K, Williams J, Williams P, Slade M. Recovery practice in community mental health teams: national survey. *Br J Psychiatry*. 2016 Oct;209(4):340-346. doi: 10.1192/bjp.bp.114.160739. doi: 10.1186/s12888-018-1755-2.
16. Liberman, R. P. (2008). *Recovery from disability: Manual of psychiatric rehabilitation*. American Psychiatric Publishing, Inc..
17. Oliver D, Reilly TJ, Baccaredda Boy O, Petros N, Davies C, Borgwardt S, McGuire P, Fusar-Poli P. What Causes the Onset of Psychosis in Individuals at Clinical High Risk? A Meta-analysis of Risk and Protective Factors. *Schizophr Bull*. 2020 Jan 4;46(1):110-120. doi: 10.1093/schbul/sbz039.
18. Phelan M, Slade M, Thornicroft G, Dunn G, Holloway F, Wykes T, Strathdee G, Loftus L, McCrone P, Hayward P. The Camberwell Assessment of Need: the validity and reliability of an instrument to assess the needs of people with severe mental illness. *Br J Psychiatry* 1995; 167: 589–595.
19. Rennick-Egglestone S, Ramsay A, McGranahan R, Llewellyn-Beardsley J, Hui A, Pollock K, Repper J, Yeo C, Ng F, Roe J, Gillard S, Thornicroft G, Booth S, Slade M. The impact of mental health recovery narratives on recipients experiencing mental health problems: Qualitative analysis and change model. *PLoS One*. 2019 Dec 13;14(12):e0226201. doi: 10.1371/journal.pone.0226201.
20. Shanks V, Williams J, Leamy M, Bird VJ, Le Boutillier C, Slade M. Measures of personal recovery: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2013 Oct;64(10):974-80. doi: 10.1176/appi.ps.005012012. PMID: 23820592.
21. Shields GE, Buck D, Elvidge J, Hayhurst KP, Davies LM. Cost-Effectiveness Evaluations of Psychological Therapies for Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Int J Technol Assess Health Care*. 2019;35(4):317-326. doi: 10.1017/S0266462319000448.
22. Zizolfi D, Poloni N, Caselli I, Ielmini M, Lucca G, Diurni M, Cavallini G, Callegari C. Resilience and recovery style: a retrospective study on associations among personal resources, symptoms, neurocognition, quality of life and psychosocial functioning in psychotic patients. *Psychol Res Behav Manag*. 2019 May 29;12:385-395. doi: 10.2147/PRBM.S205424.

**Developing a patient-oriented approach in medicine.
A clinical case of using a motivational interview and a shared
decision-making model**

Galyna Naumenko

**Формирование пациенториентированного подхода в
медицине. Клинический случай использования мотиваци-
онного интервью и совместного принятия решений.**

Галина Науменко

Phd, lecturer of the Department of Medical Psychology, Psychosomatic Medicine and Psychotherapy of Bogomolets National Medical University, Communications trainer in Health Care

К.м.н., преподаватель кафедры медицинской психологии, психосоматической медицины и психотерапии Национального медицинского университета имени А.А.Богомольца (г.Киев), тренер по коммуникациям в сфере Здравоохранения.

The health care system is changing rapidly in an effort to provide quality care, improve public health, and optimize patient costs.

The focus of medical attention is on the patient and his needs, which requires the use of a patient-oriented approach. Qualitative doctor-patient interaction is not just polite and friendly communication, but clinical communication, which significantly affects the accuracy, effectiveness of consultation, patients' commitment to treatment, patient and doctor satisfaction, and requires the necessary skills.

Patient-centered care requires different approaches depending on the clinical situation.

For example, the use of a motivational interview is appropriate in the initial stage, in the presence of ambivalence of the patient's behavior and the absence of a conscious need to change the quality of life with all possible consequences.

Motivational interviewing involves 4 overlapping and additive steps: (1) engaging, (2) focusing, (3) evoking, and (4) planning. Equally important at the motivational interview stage is identifying the patient's personal concerns, goals, and needs.

The model of shared decision-making is used at the stage of choosing treatment tactics, weighing all the advantages and disadvantages of a particular method of treatment.

Shared decision-making is especially important in the following situations: when there are several appropriate options, for example, for examination or treatment; when no option has a clear advantage; when the possible advantages and disadvantages of each of the options that affect patients differently. Three steps are shown: team talk; option talk; decision talk.

The medical worker at shared decision-making receives: more knowledgeable and better prepared patients for dialogue; strong, long-lasting and trusting relationships; both the doctor and the patient are satisfied.

Common to both approaches is the need to use communication techniques, such as techniques of active and empathic listening, asking open and closed questions, paraphrasing, intermediate generalization, etc.

On the example of a typical clinical situation of primary cancer patient management, in this article we will consider the practical application of the above patient-oriented methods (motivational interview, shared decision-making).

Key words: *patient orientation, communication, motivational interview, shared decision making, ambivalence, quality of life.*

Система здравоохранения быстро меняется, стремясь обеспечить качественную помощь, улучшить здоровье населения и оптимизировать расходы пациентов.

В центре внимания врача находится пациент и его потребности, что требует использования подхода, ориентированного на пациента. Качественное взаимодействие врача и пациента - это не только вежливое и дружеское общение, но и клиническое общение, которое существенно влияет на точность, эффективность консультации, приверженность пациентов лечению, удовлетворённость пациентов и врачей и требует необходимых навыков.

Пациенториентированный подход требует разных методов в зависимости от клинической ситуации.

Например, использование мотивационного интервью уместно на начальном этапе, при наличии амбивалентности поведения пациента и отсутствии осознанной потребности изменить качество жизни со всеми возможными последствиями.

Мотивационное интервью включает в себя 4 взаимодополняющих друг друга этапа: (1) вовлечение, (2) фокусирование, (3) пробуждение и (4) планирование. Не менее важно на этапе мотивационного интервью выявление личных проблем, целей и потребностей пациента.

Модель совместного принятия решений используется на этапе выбора лечебной тактики, взвешивая все достоинства и недостатки того или иного метода лечения.

Совместное принятие решений особенно важно в следующих ситуациях: когда есть несколько подходящих вариантов, например, обследование или лечение; когда ни один вариант не имеет явного преимущества; когда возможные преимущества и недостатки каждого из вариантов влияют на пациентов по-разному. Показаны три шага: совместный разговор; выбор варианта; выбор лечения.

Медицинский работник при совместном принятии решений получает: более осведомленных и лучше подготовленных пациентов к диалогу; крепкие, длительные и доверительные отношения; и врач, и пациент довольны.

Общим для обоих подходов является необходимость использования коммуникативных техник, таких как техники активного и эмпатического слушания, постановки открытых и закрытых вопросов, перефразирования, промежуточного обобщения и т. д.

На примере клинической ситуации ведения первичной пациентки с установленным раком, мы рассмотрим в данной статье практическое применение указанных выше методов, ориентированных на пациента (мотивационное интервью, совместное принятие решений).

Ключевые слова: *пациенториентированность, коммуникация, мотивационное интервью, совместное принятие решений, амбивалентность, качество жизни.*

Patient Centered approach. Relevance of the topic.

Today's medicine is characterized by a situation of a wide range of treatment tactics and the lack of a single generally accepted tool that radically solves the problem of the disease.

In turn, this trend contributes to feelings of confusion, anxiety, uncertainty in patients. In these cases, the interaction in the dyad doctor - patient becomes increasingly important.

The modern patient is not satisfied with the traditionally passive role, but shows a desire for active communication, wanting to be heard and understood by the doctor. In this regard, it is essential for physicians to have the skills to properly construct a conversation with the patient, aimed at resolving the treatment situation, without limiting the hopes and expectations of the patient.

Patient-centered care requires different approaches depending on the clinical situation. Motivational interviewing and shared decision making provide practical and well-described methods to accomplish patient-centered care in the context of situations where medical evidence supports specific behavior changes and the most appropriate action is dependent on the patient's preferences. Many clinical consultations may require elements of both approaches [1].

Patient-centered care has been found to be associated with improve **patient outcomes**, including improved self-management, patient satisfaction, and **medication adherence**, and some studies have found evidence for improved clinical outcomes. [2,3].

Clinicians have a wide variety of situations that are a challenge for a patient-centered approach.

For example, **providing patient-centered care for a patient at the end of life is very different from counseling a patient with a long-term health condition or providing advice about preventative care**. Each situation has different psychosocial, cultural, and medical implications [1].

Communication skills

Key communication skills help build the collaborative conversation approach. These skills include: (Adapted from O'Connor, Jacobsen Decisional Conflict: Supporting People Experiencing Uncertainty about Options Affecting their Health [2007], and Bunn H, O'Connor AM, Jacobsen MJ Analyzing decision support and related communication [1998, 2003])

A) Listening skills:

Encourage the patient to actively participate, through techniques of non-reflexive listening. For example, the technique of motivation ("Well and", "What's next"), positive statements (nods, "Yes, yes ..."), echo reactions (repetition of the last word interlocutor).

Paraphrase content of messages shared by patient to promote exploration, clarify content and to communicate that the person's unique perspective has been heard. The clinician should use their own words rather than just parroting what they heard.

Reflection of feelings can usually be effectively carried out after the establishment of trust. Until the clinician feels that trust is established, brief reflections with the same level of intensity, expressed by the patient, without missing any content of the message, are appropriate. For example, a clinician determines how a person feels and responds in his or her own words, "So you're not sure which choice is best for you."

Summarize the person's key comments and pass them on to the patient. The clinician should summarize a few key comments made by the patient and provide a brief description of the situation. This helps the patient to better understand the situation, rather than delve into the details. The most effective time for this is the middle and the end of the conversation.

An example of this is: *"You and your family read the information together, discussed the pros and cons, but find it difficult to make decisions because of the risks."*

Perception testing ensures that the clinician accurately understands the perspective of the patient or family member, and can be used as a result or reflection. They are used to verify the correct interpretation of the message by the doctor. The clinician may say, *"So you are saying that you're not ready to make a decision at this time. Am I understanding you correctly?"*

B) Questioning Skills:

Open and closed questions are used with an emphasis on open questions. Open-ended questions require clarification or detail and cannot answer "yes" or "no." An example might be, *"What else will make you choose this?"*

Closed questions are appropriate if specific information is needed, such as, *"Does your daughter support your decision?"*

Other skills, such as generalizing, paraphrasing, and expressing feelings, can be used in the interview process so that the patient does not feel pressured by questions.

Verbal tracking, referring to a topic previously mentioned by the patient, is an important fundamental skill (Ivy and Bradford-Ivy). An example of this is a doctor who said, *"You mentioned earlier ..."*

C) Information Giving Skills:

Providing information and providing feedback are two methods of information giving. It is important to distinguish between providing information and providing advice. Providing information allows the clinician to supplement their knowledge and helps keep the patient's conversation at the center. Instead, giving advice diverts attention from the unique goals and values of the patient and puts him on the goals of the clinician.

Providing information can share facts or answer questions. An example is: *"If we look at the evidence, the risk is ..."* Providing feedback gives the patient a clinician's

vision of the patient's response. For example, a clinician might say, *"You seem to understand the facts and appreciate your daughter's advice."*

Motivational interviewing

Motivational interviewing has also received attention as a patient-centered approach to counseling for guiding behavior change, usually when a patient feels **ambivalent**, eg, about **lifestyle choices** or adherence to medication [4,5,6,7]. A motivational interviewing approach enables clinicians to have a goal for counseling while **acknowledging and exploring variation in individuals' commitment to and interest in changing their behavior**.

Motivational interviewing is focused on **helping patients identify and resolve ambivalence about changing their behavior**, typically by exploring their personal perspectives as well as perceived barriers. Motivational interviewing is most often applied in situations that usually require some degree of behavior change about which a patient feels ambivalent, eg, about lifestyle choices or adherence to medications.

Patient (or client) centeredness is a core principle: motivational interviewing recognizes that making behavioral changes is difficult and that telling or persuading people to change will often meet with **resistance**. Instead of viewing resistance as a problem (or failure), motivational interviewing approaches resistance as ambivalence that should be "explored and resolved"[4,7] and in so doing elicits and encourages patient's own motives to change.

Motivational interviewing involves 4 overlapping and additive steps: **(1) engaging, (2) focusing, (3) evoking, and (4) planning** (Figure 1) [1]. **Engaging** refers to building a helpful working relationship and is a prerequisite for **focusing**, a process during which a specific direction about change is developed and maintained in the conversation. **Evoking** involves eliciting the patient's own motivations for change; their ideas and feeling are recognized, elicited, explored, and reinforced.

Planning encompasses both developing commitment to change and formulating a concrete plan of action: it is a conversation about action, eliciting the patient's own solutions and continuing to strengthen talk about change as a plan emerges.

Motivational Interviewing (Brief Intervention from mhgap WHO)

It is quite common for patients to consult a doctor with ambivalent needs. And here it is important not to forget about the usual way of life, which is anxious to lose, as the new habit has not yet been formed, and the old models are more understandable, familiar and thus comfortable.

It is important to treat these ambivalent, inconsistent aspirations of our patients with understanding. And to form a conscious motivation, using a clear algorithm of actions.

Throughout the discussion it is important to include all parts of the process: expressing empathy and building an atmosphere of trust, while also pointing out contradictions in their narrative, and challenging false beliefs. If a person cannot put an end to an unhealthy lifestyle at this time, discuss why this is the case, and do not force the person to say what they think is expected [8].

Techniques for a deeper discussions:

1. **Provide personalised feedback** to the person about the risks associated with their unhealthy lifestyle

2. **Encourage the person to take responsibility** for their unhealthy lifestyle choices, and the choice of whether or not to seek assistance for their improving the quality of life. Do this by asking them how concerned **THEY** are about their quality of life.

3. **Ask the person the reasons for their unhealthy lifestyle**, including as a response to other issues such as mental health problems or specific stressors, and the perceived benefits they have from unhealthy lifestyle, even if only in the short term.

4. **Ask about their perception of both the positive and negative** consequences of their unhealthy lifestyle and, if necessary, challenge any overstatement of the benefits and understatement of the risks/harms.

5. **Ask about the person's personal goals**, and whether or not their unhealthy lifestyle is helping them or preventing them from reaching these goals.

6. **Have a discussion** with the person based on the statements about their unhealthy lifestyle, its causes, consequences and their personal goals, allowing exploration of apparent inconsistencies between the consequences of unhealthy lifestyle and the person's stated goals.

7. **Discuss options for change** based on the choice of realistic goals and try to find a mutually agreed course of action.

8. **Support the person to enact these changes** by communicating your confidence in them to make positive changes in their life, by provide information on the next steps as needed (further review, psycho-social support), and by providing the person with take-home materials if available [8].

Examples of questions to ask. Non-judgmentally elicit from the person their own thoughts about their unhealthy lifestyle by asking the following questions:

1. Reasons for their unhealthy lifestyle. (Ask: "Have you ever wondered why you stopped caring about yourself?")

2. What they perceive as the benefits from their unhealthy lifestyle. (Ask: "What does unhealthy lifestyle do for you? Does it cause you any problems?")

3. What they perceive as the actual and potential harms from the unhealthy lifestyle. (Ask: "Has unhealthy lifestyle caused you any harm? Can you see it causing harm in the future?")

4. What is most important to the person.
(Ask: “What is most important to you in your life?”)

Shared Decision Making

Shared decision making is a method “where clinicians and patients make decisions together using **the best available evidence**, where patients are encouraged to consider available screening, treatment, or management options and the likely benefits and harms of each” [9,10,11,12]. In this approach, the clinicians’ role is to help patients **become well-informed**, help them develop their personal preferences for available options, and provide professional guidance where appropriate.

Shared decision-making (SDM) is a process in which patients are encouraged to participate in the choice of appropriate treatments or self-management options. SDM is based on the recognition that individual self-expression and autonomy are patient aspirations, and physicians need to support patients in achieving this goal where possible.

It should be noted that using the principle of SDM does not mean leaving the patient isolated and abandoned in the decision-making process, thus shifting all responsibility to the patient. The doctor and the patient are mutually responsible for the joint results of treatment, being in equal, partner positions [13,14,15,16,17].

It is known that the most common causes of patient dissatisfaction are: lack of awareness about their disease and treatment options [18].

Shared decision-making is appropriate when there is more than one reasonable course of action, and no option is clearly the best for everyone. This situation is common because there are often different ways to treat the patient, each of which can lead to different results [19,20].

In these cases, it is argued that the formation of the patient's attitude to the possible benefits and risks of treatment should be a key factor in decision-making.

Achieving shared decision-making depends on building a good relationship at the clinical meeting between the doctor and the patient, so that the information is shared and patients are supported in thinking and expressing their preferences and views on future treatment [21].

The **main goals** of SDM are:

- 1) providing information and
- 2) support the decision-making process.

The **necessary skills** of a doctor in the process of shared decision-making are [22,23]:

- information exchange;
- reflexive listening;
- summary;
- asking open-ended questions;

- forecasting;
- approval;
- discovery of benefits.

The main principles of this approach are:

- building relationships;
- respect for autonomy;
- interest in the patient as a person.

When patients participate in shared decision-making, **they receive:**

- knowledge of your health;
- recognize the need to make decisions and be aware of options;
- understand the pros and cons of different options;
- have the information and tools needed to evaluate all options;
- better prepared to communicate with medical staff;
- work with a group of health professionals to make a shared decision;
- have more chances and opportunities to adhere to this decision.

The medical worker at shared decision-making receives:

- more knowledgeable and better prepared patients for dialogue
- strong, long-lasting and trusting relationships
- both the doctor and the patient are satisfied.

Shared decision-making is especially important in the following situations:

1. when there are several appropriate options, for example, for examination or treatment;
2. when no option has a clear advantage;
3. when the possible advantages and disadvantages of each of the options that affect patients differently.

Introduction of shared decision-making to patients, recommended phrases for the doctor:

- “Sometimes things in medicine are not as clear as most people think. Let's work together so we can make the decision that's right for you. ”
- “People have different goals and problems. What do you think about your treatment options that are important to you? ”
- “Do you want to discuss this decision with someone else? With someone who may be affected by this decision? With someone who can help solve the problem?”

Most existing research on shared decision making has considered episodic one-time decisions, such as whether to have surgery. Shared decision making can also have a much broader scope and be applied to all situations where competing options exist or approaches need prioritization (**Table 1**).

Three steps are then shown (**Fig.1**):

1. Explain the need to consider alternatives as a team (team talk)

2. Describe the alternatives in more detail (option talk); use decision support tools when possible and appropriate
3. Help patients explore and form their personal preferences (decision talk) [24].

Table 1. 6 skills for Shared decision making

Shared decision making			
	Skill	Description	Explanation
1	Demonstrate shared decision making	Suggest a shared decision and explain why it is important	"There are several treatment options and we can choose together what is the most acceptable treatment for you. The most important thing for us is that you are comfortable with the final decision. "
2	Check the patient's choice of shared decision-making	Ask the patient about his or her desired role in decision making. This should be done more than once, as patient preferences may change throughout the consultation and during the course of the illness.	"It's important for me to know how you want it make a decision. Would you like me to make a decision, or can we make a decision together, or would you like to make a decision with your family? "
3	Support shared decision-making	If a shared decision was made, review the concept later (unless the patient declined to make a shared decision).	"Remember, I'm happy to talk to you about all the options and we can make that decision together."
4	Create partnerships statement	Create a working alliance with the patient	"Let's work together to figure out how to solve this problem " "Let's find out when we need to start your chemotherapy."
5	Express your willingness to help	Make a specific offer of help or make a statement about your availability in future help with a solution.	"It's a difficult decision to make. If there is anything I can do to help you with these decisions, please let me know
6	Offer to postpone the decision	Increase the time to make treatment decisions if possible. If this option is available, reassure the patient that this delay will not affect the effectiveness of treatment.	"We have some time to make a decision. We know from previous research that it doesn't make a difference if you wait up to six weeks after surgery before starting such treatment."

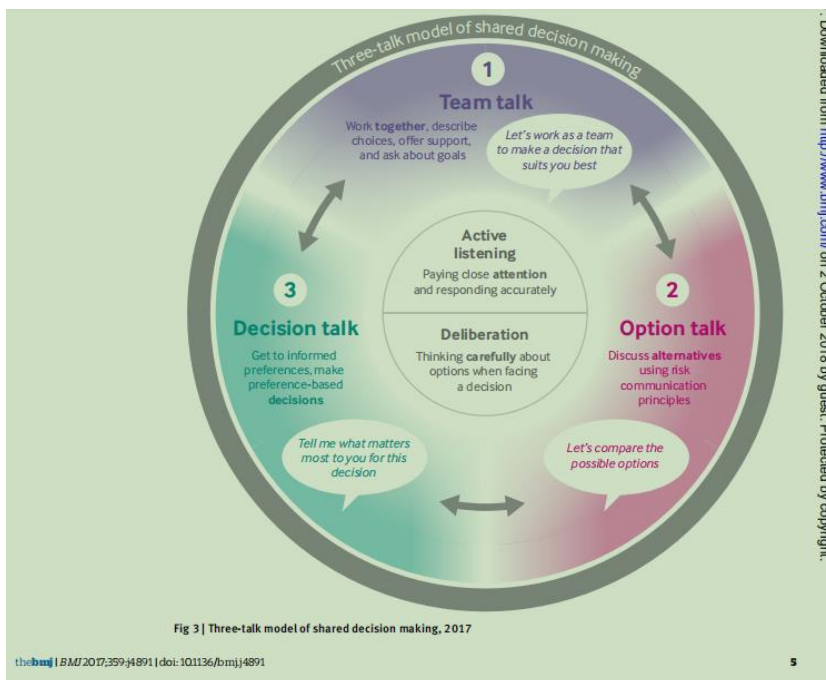


Fig 3 | Three-talk model of shared decision making, 2017

thebmj | BMJ 2017;359:j4891 | doi: 10.1136/bmj.j4891

5

Figure 1. Three-talk model of shared decision making, 2017<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29109079/>**CLINICAL CASE**

Patient C. (female, 67 years old) was recently diagnosed with breast cancer (early stage of breast cancer). Widow living alone in the countryside [13, 25].

EXAMPLE A of an ineffective solution to a clinical problem that has affected the quality of medical communication

The doctor suggested a choice between a lumpectomy with radiation therapy (breast preservation surgery) or a mastectomy, and an equal probability of survival rates was noted for these two procedures. The patient was alarmed by this choice. Patient listened carefully to the options and, despite the good information provided, felt that she preferred lumpectomy and radiation therapy, as they are "less invasive" options.

The patient became very exhausted during radiation therapy, and her breasts became sensitive and much smaller. She did not foresee such an effect. Two years later, lateral local recurrence of breast cancer led to mastectomy.

At this stage, she realized that after lumpectomy there is a higher (double) rate of local recurrence. She regretted that her decision could have been different if she had

been given more information and had the opportunity to express her strong desire to avoid a relapse.

EXAMPLE B of an effective solution to a clinical problem that has affected the quality of medical communication

The patient C. went for a scheduled consultation with a gynecologist, who additionally appointed a consultation with a mammologist.

Subsequent initial consultation with an oncologist and diagnosis caused the patient despair. After all, she had heard before that a cancer diagnosis is a sentence. Irrationally formed negative opinion of the patient causes demotivation for further treatment.

It is important to conduct psychoeducation at the initial stage of the meeting and explanation of the diagnosis. The doctor said: *"It is normal to feel despair in a victorious stressful situation. Especially when we face a chronic illness. Indeed, the disease will not go away, but due to the correct treatment tactics we choose, we can achieve long-term remission. therapy to relieve any side effects of therapy that will greatly improve your quality of life"*.

It was also important during the consultation that the doctor relied on the patient's past resources to overcome the stressful situation, even despite her confused and anxious state, the doctor did not make a choice for the patient, but recognized her autonomy and request for treatment.

The following questions may be appropriate: *"May I ask what is important to you? What is your main goal in recent months / year? What has you enjoyed before? What or who has helped you overcome stressful situations in life?"*.

Discussion

Such questions activate the patient's faith in themselves and restore a sense of control over their lives, which thus increases the motivation to treat.

Due to the goal-setting stage, the patient and the doctor move from the motivational stage of the interview to the readiness to make a shared decision.

Together with the doctor, they consider possible treatment options. Options for surgical treatment with minimally invasive tactics and partial removal of the breast and mastectomy with complete removal of the breast are discussed. Talk about all the advantages and disadvantages of a choice, based on the long-term goals of the patient.

Time was given to consider the choice, information booklets were provided to analyze the information, and a meeting was scheduled for next week.

As a result, the physician and patient choose mastectomy because the patient is aware of the greater risk of distant recurrence and the difficult recovery period after radiation therapy during lumpectomy.

Below is the algorithm for notifying the diagnosis to the patient, which has proven its effectiveness [25,26] (**Table 2**).

Table 2. Breaking Bad News Module for a Communication Skills Training Workshop<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18162748/>

№	Strategies	Skills
1	Establish the consultation framework	Declare your agenda items <ul style="list-style-type: none"> ● Invite patient agenda items ● Negotiate agenda
2	Tailor the consultation to the patient's needs	Check patient understanding Check patient preference: information
3	Provide information in a way that it will be understood	Preview information <ul style="list-style-type: none"> ● Invite patient questions Check patient understanding
4	Provide information in a way that it will be recalled	<ul style="list-style-type: none"> ● Summarize
5	Respond empathically to emotion	<ul style="list-style-type: none"> ● Encourage expression of feelings ● Acknowledge ● Normalize ● Validate ● Ask open questions
6	Check readiness to discuss management options	<ul style="list-style-type: none"> ● Check patient preference: decision making ● Preview information
7	Close the consultation	Check patient understanding <ul style="list-style-type: none"> ● Invite patient questions ● Endorse question asking ● Reinforce joint decision-making ● Summarize ● Review next steps

Structured clinical demonstration of the use of motivational interview and model of shared decision-making on the example of Patient C.

Initial Steps: Practitioner establishes rapport with patient and discusses the context for the decision to be made.

In doing so, techniques from both motivational interviewing and shared decision making can be used:

Focusing (motivational interviewing), in which the practitioner directs the conversation toward the need for surgery

Team talk (shared decision making), in which the practitioner reviews the need to consider the different options available for surgery, creating a constructive dialogue.

Motivational Interviewing

Evoking

- **Avoid persuasion and draw out people's own motives.**

The doctor suggested a choice between lumpectomy with radiation therapy (breast preservation surgery) or mastectomy. The personal advantages and disadvantages of one or another method were discussed with the patient. In particular, despite the "less invasive" method of lumpectomy, there is a higher rate of local recurrence. Emphasizing not relative values in percentage, but absolute figures, noting the unique features of the patient's clinical situation.

- **Listen as they consider change.**

The doctor listens, reinforces, and summarizes the change that makes sense to Catherine. The physician discovers that Catherine has fears about radical surgery, underestimating the side effects of radiation therapy, as well as the risk of recurrence.

Planning

- Support change planning if ready.

The doctor supports Catherine to make a plan for change that might work.

They postponed the decision to the next meeting in 4 days. The doctor asked the patient to write down all the pros and cons of a particular method. He also offered to involve her closest friend to discuss Catherine's warnings and wishes. The doctor also said the possibility that the next meeting with a trusted person to make it more comfortable and safe.

Shared Decision Making

Option Talk

- Explain why options need to be considered.

Catherine's doctor outlines a number of options and explains why they coexist.

- Provide accurate information about the pros and cons of available options.

Decision Talk

- **Listen and support as people form preferences.**

At this stage, she realized that after lumpectomy there is a higher (double) rate of local recurrence. The patient expressed concerns about the possibility of recurrence and understood the side effects of radiation therapy. Together with the support, they said that the operation to remove the breast is not the worst thing that can happen. The patient came to the crucial consultation with the doctor together with a friend and was more confident in her decision. Talking to a doctor and summarizing all the advantages and disadvantages led to a decision together with the doctor.

Integrating Shared Decision Making and Motivational Interviewing

As discussed, motivational interviewing is focused on supporting change away from risky behavior toward a specific evidence-based behavior change goal, such as toward a health-enhancing behavior (reducing smoking or excessive drinking), or toward a physical state that conveys less risk to health (managing blood glucose levels, maintaining a body mass index of 25 or less) (Fig.2) [1,20]. In contrast, shared decision making has been considered relevant when weighing reasonable options to make a decision on treatment. These processes share common components and can and should be integrated to achieve patient-centered goals.

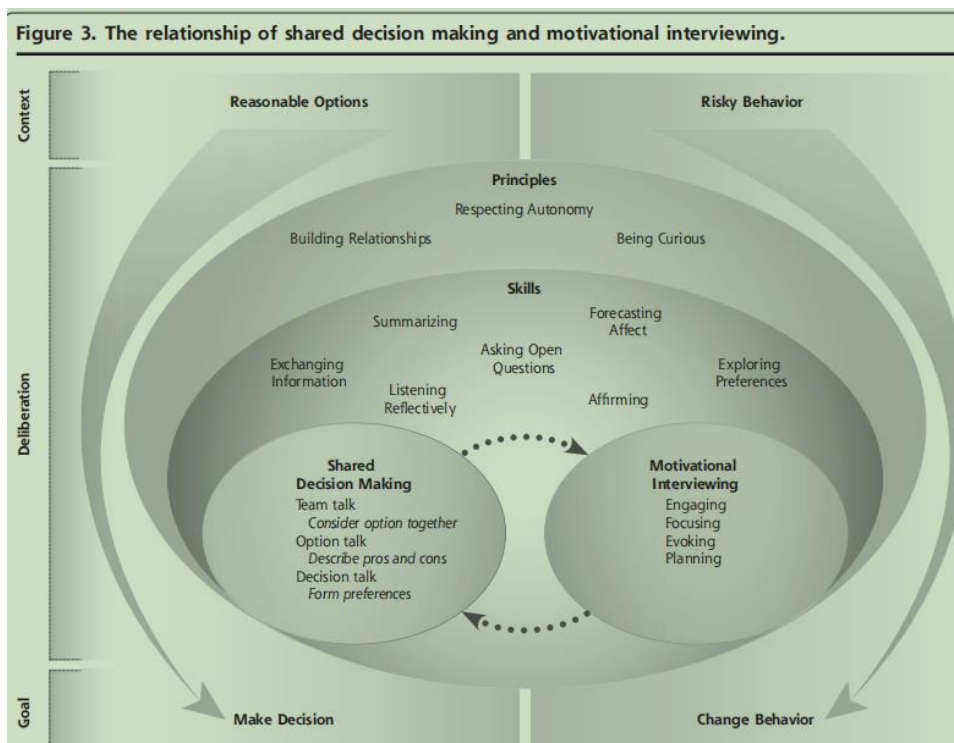


Figure 2 The relationship of shared decision making and motivational interviewing [1,20].

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24821899/>

Motivational interviewing and shared decision making respect autonomy and build relationships based on respect for and curiosity about the patient as a person.

Both rely on fundamental communication skills-developing trust, understanding, empathy, and patient enablement facilitate decision making and behavior change.

The aims of both methods are accomplished through exchanging information, reflective listening, and responding to emotions. Depending on the goal, practitioners use these fundamental skills to lesser or greater extents. Motivational interviewing addresses ambivalence to change; the interviewer seeks to explore and understand the patient's reasons to change before setting out a plan of action. What, for instance, is the benefit of smoking to the smoker? Why might that person want to stop smoking? How important is it to stop or to continue smoking? In contrast, shared decision making strives to clarify treatment options and help a patient to actively consider those options before supporting a journey toward informed, well-considered preferences and confident decisions [1]. As shown in **Figure 2**, these complementary processes can be integrated in providing counseling for such long-term conditions as diabetes, as well as for behavioral changes, such as weight loss.

Conclusion

The work of medical staff is quite stressful and requires flexibility and adaptation to changing conditions of physical and psychological condition of patients. Since the modern patient is no longer satisfied with the passive role and needs to be an equal and active participant in the interaction, physicians should master new models of communication that require skills of involvement patients into treatment process.

The main rule is the recognition of the patient's right to autonomy, taking into account his special situation of life, request, worries and needs.

We strive for physicians to understand that the patient's behavior and lifestyle, which have been formed over many years, cannot be changed through a paternalistic monologue, but only by forming partnerships, equal and patient-oriented relationships.

That is why we offer to master the methods of motivational interviews and shared decision-making by doctors. A motivational interview will be effective when physicians are confronted with the patient's ambivalence of behavior, low motivation for change, and low adherence to treatment. While the model of shared decision-making will be appropriate at the stage of choosing possible treatment options taking into account the needs and capabilities of the patient. In this way, we build an equal relationship based on trust in the doctor, demonstration of respect and support for the patient.

Motivational interviews and shared decision-making can be integrated when the patient's behavior changes, there is a conscious need for change, and new treatments emerge.

However, we understand that progress in the formation of patient-oriented support in the medical field is possible only with the recognition of these approaches as key in medical practice. Only then will it be introduced on a systematic basis to train medical staff in communication methods, with an appropriate system of evaluation and reward.

Thus, we will achieve a common goal - to improve the quality of medical services.

References

1. Glyn Elwyn, Christine Dehlendorf, Ronald M. Epstein, Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems, *Annals of family medicine*, vol.12, No.3, 2014; 270-275.
doi: 10.1370/afm.1615 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24821899/>
2. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2008;20(12):600-607.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19120591>.
3. Rathert C, Wyrwich MD, Boren SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature. *Med Care Res Rev*. 2012.
<http://mcr.sagepub.com/content/early/2012/11/18/1077558712465774>.
4. Edwards A, Elwyn G. *Shared Decision-making. Achieving Evidencebased Patient Choice*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2009.
5. Galyna Naumenko, From burnout to involvement of medical staff. Strategies for successful creation of an effective organizational culture in medical institution (practical cases of the Mayo Clinic), , *Psychosomatic medicine and general practice Vol 5 № 2 (2020)*, DOI: 10.26766/PMGP.V3I4.173
6. Rollnick S, Butler CC, Kinnery P, Gregory J, Mash B. Motivational interviewing. *BMJ*. 2010;340:c1900. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20423957>. Accessed Oct 22, 2010.
7. Hargraves I, LeBlanc A., Shah ND., Montori VM. Shared Decision Making: The Need For Patient-Clinician Conversation, Not Just Information. *Health Aff (Millwood)*. 2016 Apr;35(4):627-9.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27044962>
<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2015.1354>
8. mhGap intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0, WHO
9. Lown BA, Clark WD, Hanson JL. Mutual influence in shared decision making: a collaborative study of patients and physicians. *Health Expect*. 2009;12(2):160-174.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19236633>
10. Rosenbaum L. The Paternalism Preference-Choosing Unshared Decision Making. *N Engl J Med* 2015;373:589-92.
11. Epstein RM, Street RL Jr. Shared Mind: Communication, Decision Making, and Autonomy in Serious Illness. 2011 Sep-Oct;9(5):454-61. *Ann Fam Med*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21911765>
12. Joseph-Williams N, Lloyd A, Edwards A, et al. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme. *BMJ* 2017;357:j1744.
13. Galyna Naumenko, Model of shared decision making in medical practice, *Psychosomatic medicine and general practice Vol 3 № 4 (2018)*, DOI: 10.26766/PMGP.V3I4.173
14. Pollard S, Bansback N, Bryan S. Physician attitudes toward shared decision making: A systematic review. *Patient Educ Couns* 2015;98:1046-57.
15. Scotland NHS. Chief Medical Officer for Scotland's Annual Report 2015-16: Realising Realistic Medicine. [cited 2017 Jun 13]. www.gov.scot/Publications/2017/02/3336.
16. Vermunt NPCA, Harmsen M, Elwyn G, et al. A three-goal model for patients with multimorbidity: A qualitative approach. *Health Expect* 2017;00:1-10.
17. Batalden M, Batalden P, Margolis P, et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf* 2016;25:509-17.
18. Care Quality Commission. The state of health care and adult social care in England. Care Quality Commission, 2010.
19. Elwyn G, Hutchings H, Edwards A, Rapport F, Wensing M, Cheung W, et al. The OPTION scale: measuring the extent that clinicians involve patients in decision-making tasks. *Health Expect* 2005;8:34-42.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15713169>
20. Glyn Elwyn, Christine Dehlendorf, Ronald M. Epstein, Shared Decision Making and Motivational Interviewing: Achieving Patient-Centered Care Across the Spectrum of Health Care Problems. *Annals of family medicine*, 2014, 12 (3).
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24821899>
21. Glyn Elwyn, Dominick Frosch, Richard Thomson, Shared Decision Making: A Model for Clinical Practice. *Journal of General Internal Medicine*, 2012, 27(10).

- <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11606-012-2077-6>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22618581/>
22. National learning consortium, Advancing American's Health Care, Shared Decision Making
https://www.healthit.gov/sites/default/files/nlc_shared_decision_making_fact_sheet.pdf
 23. Politi MC, Clark MA, Ombao H, Dizon D, Elwyn G. Communicating uncertainty can lead to less decision satisfaction: a necessary cost of involving patients in shared decision making? *Health Expect.* 2011 Mar;14(1):84-91.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.13697625.2010.00626.x>
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20860780>
 24. Glyn Elwyn, Marie Anne Durand, Julia Song. A three-talk model for shared decision making: multistage consultation process, *BMJ* 2017;359:j4891 | doi: 10.1136/bmj.j4891
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29109079/>
 25. Richard F. Brown, Carma L. Bylund, Communication Skills Training: Describing a New Conceptual Model, *Academic Medicine*, Vol. 83, No. 1 / January 2008
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18162748/>
 26. Azize Asanova, Olena Khaustova, Typical complex situations in the doctor-patient interaction depending on the personality and mental state of the patient's response, *Psychosomatic medicine and general practice* Vol 3 № 3 (2018), DOI: 10.26766/PMGP.V3I3.125

Актуальные направления исследований в рамках концепции персонализированной терапии эпилепсии у детей

*Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В., Касумов В.Р.,
Охрим И.В., Гусейнов Б.А*

Actual areas of research in the framework of the concept of personalized therapy of epilepsy in children

*Guzeva V.I., Guzeva O.V., Guzeva V.V., Kasumov V.R.,
Oxrim I.V., Huseynov B.A.*

Uşaqlarda epilepsiya üçün fərdi terapiya konsepsiyası daxilində mövcud tədqiqat sahələri

*Quzeva V.İ., Quzeva O.V., Quzeva V.V, Qasimov V.R.,
Oxrim I.V., Huseynov B.A.*

Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение. Концепция персонализированной медицины находит все большую поддержку специалистов. Актуальной является разработка методов персонализированной терапии с учетом данных у конкретного больного, в том числе индивидуального биохимического и генетического обследования.

Цель работы заключается в обосновании эффективности разрабатываемых методов персонализированной терапии.

Материал и методы. Проведено исследование эффективности применения видео-ЭЭГ мониторинга у детей с пароксизмальными состояниями. Комплексное обследование больных с применением видео-ЭЭГ позволило исправить и уточнить диагноз направления у 96,39% детей и существенно повысить эффективность лечения.

Изучены нарушения энергообеспечения деятельности мозга при эпилепсии вследствие недостаточности карнитина. У детей с эпилепсией и группы сравнения определялось содержание в крови 12 аминокислот и 30 карнитинов, выявлены значимые различия их показателей, а также эффективность приема у детей с эпилепсией L-карнитина (элькара).

Изучены нарушения минерального обмена у детей с эпилепсией методом спектрального анализа волос. У детей с эпилепсией и группы сравнения определялось содержание в волосах 12 микроэлементов. Статистически значимые различия содержания микроэлементов в волосах девочек с эпилепсией и группы сравнения выявлены в 8 (66,67%) случаях, у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения - в 10 (83,33%) случаях.

У 86 детей с тяжелыми формами эпилепсии изучались гены детоксикации CYP2C9 и CYP2C19 системы P450. Полиморфизм генов обнаружен у 43 (50%) детей, и он является основной

причиной плохой переносимости препаратов.

Ключевые слова: дети с эпилепсией и группы сравнения, видео-ЭЭГ, микроэлементы, гены детоксикации, полиморфизм генов.

Introduction. The concept of personalized medicine is increasingly supported by specialists. It is urgent to develop personalized therapy methods taking into account data from particular patient, including individual biochemical and genetic testing.

The purpose of the study is to justify the effectiveness of the developed methods of personalized therapy.

Materials and methods. Was studied the effectiveness of use of video EEG monitoring in children with different paroxysmal conditions. The comprehensive survey of patients using video EEG monitoring allowed to correct and clarify the initial diagnosis in 96.39% of children and significantly increase the effectiveness of treatment.

The disorders of the energy supply of the brain during epilepsy due to carnitine deficiency were studied. In children with epilepsy and the comparison group, the content of 12 amino acids and 30 carnitines in the blood was determined, significant differences in their indices were revealed, as well as the effectiveness of taking L-carnitine in children with epilepsy.

Disorders of mineral metabolism in children with epilepsy were studied by the method of spectral analysis of hair. In children with epilepsy and the comparison group was determined the content of 12 elements in the hairs. Statistically significant differences in the micronutrient of hairs of girls with epilepsy and comparison group were detected in 8 (66.67%) cases, in boys with epilepsy and comparison group, in 10 (83.33%) cases.

In 86 children with severe forms of epilepsy, the detoxification genes CYP2C9 and CYP2C19 of the P450 system were studied. Gene polymorphism was found in 43 (50%) children, and it is the main cause of poor drug tolerance.

Key words: children with epilepsy and comparison groups, video EEG, microelements, detoxification genes, gene polymorphism.

Введение. Концепция персонализированной медицины [24, 30] все больше привлекает внимание специалистов, поскольку индивидуальные особенности пациентов играют большую роль в эффективности лечения эпилепсии. Этими особенностями объясняют большой разброс в дозировании антиконвульсантов при лечении эпилепсии, а также различные исходы и течение одного и того же синдрома.

На кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики СПбГПМУ ведется разработка методов персонализированной терапии с учетом данных у конкретного больного, в том числе результатов биохимического и генетического обследования.

Цель работы заключается в обосновании эффективности методов персонализированной терапии

Материал и методы. В Центре диагностики и лечения эпилепсии и неэпилептических пароксизмальных расстройств сознания у детей и подростков при кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики проведено исследование эффективности применения видео-ЭЭГ мониторинга у детей с пароксизмальными состояниями [2, 6, 7, 8, 9, 14,

18, 34, 35].

Комплексное обследование с проведением видео-ЭЭГ мониторинга 527 детей в возрасте от 1 месяца до 18 лет, которые направлялись неврологами для уточнения диагноза, характера пароксизмального расстройства сознания, уточнения формы эпилепсии и подбора адекватного лечения, позволило выявить эпилептические пароксизмы у 317 детей (60,15%), из которых 182 мальчика, 135 девочек, и неэпилептические пароксизмы у 210 детей (39,85%), из которых 126 мальчиков, 84 девочки.

Диагноз направления оказался ошибочным в 43,45% случаев, уточнялся 52,75% случаев, в 1 (0,19%) случае диагноз установлен у ребенка, направленного без диагноза, и совпадал только у 3,61% детей. При этом у детей с неэпилептическими пароксизмами ошибочный диагноз имел место в подавляющем большинстве случаев (79,52%) и уточнялся только у 17,62% детей.

У 181 (57,10%) матери детей с эпилепсией выявлен отягощенный акушерский анамнез, осложнения в родах имелись у 165 (52,05%) матерей. Наследственная отягощенность по эпилепсии выявлена у 23 (7,26%) больных.

Клинические проявления заболевания у больных эпилепсией чаще были в виде клонико-тонических судорог – у 91 (28,71%) детей, абсансов – у 26 (8,20%) детей, миоклонических судорог – у 20 (6,31%) детей, очаговых судорог – у 102 (32,18%) детей, у 78 (24,60%) детей сочетались разные виды приступов.

Частыми считали приступы, которые повторялись 2 и более раз в месяц, средней частоты – 1 приступ в 1-4 месяца и редкими – не чаще 1-2 раз в год.

У детей с эпилепсией преобладали частые приступы (45,11%) и средней частоты (34,07%), редкие приступы отмечались у 20,82% детей.

При неврологическом осмотре очаговые неврологические симптомы выявлены у 74 (23,34%), а задержка психоречевого и моторного развития – у 152 (47,95%) детей с эпилепсией.

Отягощенный акушерский анамнез установлен у 101 (48,10%) матерей детей с неэпилептическими пароксизмами, осложнения в родах имелись у 85 (40,48%) матерей. Наследственная отягощенность по эпилепсии выявлена у 2 (0,95%) больных.

Клинические проявления заболевания у 102 детей (48,57%) с неэпилептическими пароксизмами чаще были в виде клонических судорог, у 61 ребенка (29,05%) - миоклонических судорог, у 3 (1,43%) детей отмечались тонические судороги, у 6 (2,86%) детей - нарушение сознания (без приступов) и у 38 детей (18,09%) приступы отсутствовали. Редкие при-

ступы отмечались в 96 (57,83%) случаях, средние по частоте - в 27 (16,27%) случаях и частые - в 43 (25,90%) случаях.

При неврологическом осмотре у 11 (5,24%) детей отмечалась задержка психоречевого развития.

У больных эпилепсией преобладали структурные формы, причем у 166 (42,37%) больных оказалась фокальная форма, у 36 (11,36%) больных - генерализованная. Значительное число детей оказалось с криптогенной парциальной эпилепсией - 94 (29,65%), 4 (1,26%) больных - с синдромом Ландау-Клеффнера и 17 (5,36%) больных с генетической (идиопатической) эпилепсией.

Среди детей с неэпилептическими пароксизмами больше всего оказалось больных с нарушением сна (парасомнии) – 79 (37,62%), с неврозоподобными состояниями – 65 (30,95%). Прочие неэпилептические пароксизмы установлены у 47 (22,38%) детей, обмороки – у 16 (7,62%) детей, СДВГ – у 3 (1,43%) детей.

На рутинной ЭЭГ у детей с диагнозом эпилепсия эпилептиформная активность в виде генерализованных разрядов наблюдалась у 3,79% больных, в виде очаговых изменений - у 20,50% больных; у остальных больных с эпилепсией эпилептиформная активность не зарегистрирована. У детей с неэпилептическими пароксизмами эпилептиформная активность в виде генерализованных разрядов обнаружена у 0,48 %, в виде очаговых изменений - у 5,71% детей.

Магнитно-резонансная томография головного мозга проводилась у 266 (83,91%) детей с эпилептическими пароксизмами и у 127 (60,48%) детей с неэпилептическими пароксизмами.

Отсутствие органических изменений головного мозга на МРТ выявлено примерно у 1/4 обследованных детей (24,44%) с эпилептическими пароксизмами и у большинства детей (53,54%) с неэпилептическими пароксизмами. Расширение субарахноидальных пространств установлена у 26,32% детей с эпилепсией и лишь у 13,39% детей с неэпилептическими пароксизмами, венрикуломегалия – примерно у одинаковой части детей с эпилепсией (4,89%) и неэпилептическими пароксизмами (5,51%), сочетание расширения субарахноидальных пространств и венрикуломегалии отмечено у 10,90% детей с эпилепсией и у 6,30% детей с неэпилептическими пароксизмами, расширение субарахноидальных пространств и венрикуломегалия сочетались с другими пороками развития головного мозга в 9,77% случаев у детей с эпилепсией и в 6,30% случаев у детей с неэпилептическими пароксизмами, прочие пороки развития головного мозга обнаружены у 23,68% детей с эпилепсией и у 14,96% детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями.

При проведении видео-ЭЭГ в период бодрствования у 182 (57,41%) детей с эпилептическими пароксизмами выявлялись эпилептиформные очаговые изменения, другие эпилептиформные изменения отмечались с небольшой и примерно равной частотой. Функциональная незрелость головного мозга отмечалась у 102 (32,18%) детей и у 1 (0,32%) больного ЭЭГ оказалась нормальной.

В период сна при эпилепсии генерализованные эпилептиформные изменения выявлены у 29 (9,15%) детей, эпилептиформные очаговые изменения с вторичной генерализацией – у 106 (33,44%) детей, причем у 30 (9,4657%) из них отмечались мультифокальные изменения. Эпилептиформные очаговые изменения без вторичной генерализации выявлены у 75 (23,66%) детей. Диффузная медленноволновая активность, функциональная незрелость установлены у 32 (10,09%) детей, возрастная норма – у 1 (0,32%) ребенка.

После сна очаговые эпилептиформные изменения обнаружены у 173 (54,57%) детей с эпилептическими пароксизмами, у 42 (13,25%) детей регистрировались генерализованные изменения, дезорганизованная α -активность отмечается в 30,92% случаев. Нормальная ЭЭГ отмечена только у 4 (1,26%) детей.

У больных с неэпилептическими пароксизмами во время бодрствования эпилептиформная активность выявлена у 3 (1,43%) больных, доминировали признаки функциональной незрелости головного мозга – у 62 (29,52%) больных и диффузная медленноволновая активность – у 110 (52,38%) больных, возрастная норма установлена у 3 (1,43%) детей.

Во время сна генерализованные эпилептиформные изменения выявлены у 3 (1,43%) детей, эпилептиформная диффузная активность – у 1 (0,47%) ребенка. У 200 (95,24%) больных выявлена диффузная медленноволновая активность и функциональная незрелость головного мозга. У 6 (2,86%) детей ЭЭГ отвечало возрастной норме.

После пробуждения у детей с неэпилептическими пароксизмами на ЭЭГ регистрировалась дезорганизованная α -активность (66,19%), у 2 (0,95%) детей отмечались эпилептиформные изменения, нормальная ЭЭГ – у 69 (32,86%) детей.

На стадии «пробуждение» эпилептиформная активность дополнительно установлена у 3 (0,95%) детей, однако данные обследования на стадии «пробуждение» дополняют и уточняют результаты, полученные на предыдущих стадиях исследования.

Статистический анализ показал, что частота выявления эпилептиформной активности на ЭЭГ при видео-мониторинге во время сна значительно выше частоты выявления эпилептиформной активности на ЭЭГ при

других вариантах записи ЭЭГ. Это подтверждает необходимость проведения видео-ЭЭГ мониторинга у детей с записью во сне для уточнения диагноза эпилепсия.

В результате комплексного обследования проведена коррекция лечения у 284 (89,59%) детей с эпилептическими пароксизмами: назначение противоэпилептического препарата (42,27%), замена противоэпилептического препарата (21,14%), увеличение дозы (17,04%), снижение дозы препарата (4,73%), отмена противоэпилептического препарата (1,26%), лечение без противоэпилептических препаратов (1,26%). Лечение не менялось у 33 больных (10,41%).

Изменение лечения проведено у 190 (90,48%) детей с неэпилептическими пароксизмами. Лечение без противоэпилептических препаратов назначено 157 (74,76%) детям. Лечение не менялось у 20 (9,52%) больных.

Анализ результатов лечения детей с эпилептическими пароксизмами показал, что ремиссия припадков наблюдалась у 109 (34,38%) больных, урежение приступов – у 123 (38,80%) больных, улучшение когнитивных функций и нормализация ЭЭГ без урежения припадков – у 42 (13,25%), лечение оказалось неэффективным у 38 (11,99%) больных, ухудшение ЭЭГ – у 5 (1,56%) больных. Таким образом, после уточнения диагноза и коррекции лечения его эффективность возросла по клиническим данным у 274 (86,44%) детей.

Анализ результатов лечения детей с неэпилептическими пароксизмами выявил, что у 143 (68,09%) больных отмечалось улучшение когнитивных функций и нормализация ЭЭГ, ремиссия – у 17 (8,09%) больных, урежение приступов – у 34 (16,20%) больных. Без эффекта лечение оказалось у 14 (6,67%) детей, ухудшение ЭЭГ – у 2 (0,95%) детей.

Проведены исследования, связанные с нарушением различных звеньев энергообеспечения деятельности мозга при эпилепсии [20].

Установлено выраженное нарушение различных звеньев энергообеспечения деятельности мозга при эпилепсии вследствие недостаточности карнитина [12, 26, 29, 31], которая может быть не только первичной в структуре заболевания, но и вторичной, медикаментозной [31].

В процессе исследований у 32 детей с эпилепсией (12 мальчиков и 20 девочек) определялось содержание в крови 12 аминокислот и 30 карнитинов (таблица 1). Возраст детей составлял от 3 месяцев до 14 лет.

Оценка данных содержания аминокислот и карнитинов в крови детей с эпилепсией проводилась путем их сопоставления с содержанием аминокислот и карнитинов у 19 детей группы сравнения, в которую отбирались дети без неврологических и соматических заболеваний.

Таблица 1

Перечень аминокислот и карнитинов, содержание которых определялось у детей с эпилепсией и группы сравнения

Условные номера веществ	Название	Условные номера веществ	Название
1	Аланин (Ala)	22	X1e (Лейцин) / Изолейцин
2	Аргинин (Arg)	23	C6 (гексаноилкарнитин)
3	Аспарагиновая кислота (Asp)	24	C10 (деканоилкарнитин)
4	C0 (свободный карнитин)	25	C12 (додеcanoилкарнитин)
5	C14 (тетрадеcanoилкарнитин)	26	C18 (стеароилкарнитин)
6	C16 (гексадеcanoилкарнитин)	27	C5OH (3-гидроксиизовалерилкарнитин)
7	C16-OH (3-OH-гексадеcanoилкарнитин)	28	C5:1 (тиглил / 3-метилкротонилкарнитин)
8	C2 (ацетилкарнитин)	29	C4DC (метилмалонилкарнитин)
9	C3 (пропионилкарнитин)	30	C18:1 (олеилкарнитин)
10	C4 (бутирилкарнитин)	31	C14:1 (тетрадецеаноилкарнитин)
11	C5 (изовалерилкарнитин)	32	C3DC (малонилкарнитин)
12	C5DC (глутарилкарнитин)	33	C4OH (гидроксипропионилкарнитин)
13	C8 (октаноилкарнитин)	34	C8:1 (октаноилкарнитин)
14	Цитруллин (Cit)	35	C10:1 (децеаноилкарнитин)
15	Глутаминовая кислота (Glu)	36	C14:2 (тетрадекадиеноилкарнитин)
16	Глицин (Gly)	37	C14OH (3-OH-тетрадеcanoилкарнитин)
17	Метионин (Met)	38	C16:1 (гексадецеаноилкарнитин)
18	Орнитин (Orn)	39	C16:1OH (3-OH гексадецеаноилкарнитин)
19	Фенилаланин (Phe)	40	C18:1OH (3-OH-олеилкарнитин)
20	Тирозин (Tyr)	41	C18:2OH (3-OH-линолеилкарнитин)
21	Валин (Val)	42	C18OH

Под номерами 1-3 и 14-22 указаны аминокислоты (12 веществ), под номерами 4-13 и 23-42 – карнитины (30 веществ).

При статистической обработке данных содержания аминокислот и карнитинов в крови детей использовались относительные безразмерные значения, определяемые как отношение содержания в крови ребенка аминокислоты или карнитина к соответствующему среднему значению содержания аминокислоты или карнитина в крови детей группы сравнения. Таким образом, относительные средние значения содержания аминокислот и карнитинов у детей группы сравнения принимались за 1.

Содержание аминокислот и карнитинов в крови детей с эпилепсией в 28 (66,67%) случаев является более высоким, чем у детей группы сравнения.

Достоверные различия ($P = 0,90$) показателей уровня в крови аминокислот и карнитинов у детей с эпилепсией и группы сравнения представлены в таблице 2.

Таблица 2

Достоверные различия ($P=0,90$) средних значений относительного содержания аминокислот и карнитинов в крови детей с эпилепсией и группы сравнения

№ вещества	Число детей с эпилепсией	Число детей группы сравнения	Коэффициент Стьюдента		Доверительный интервал ($P = 0,90$) или разность средних значений
			табличный	расчетный	
1	28	19	1,679	4,771	-0,385 ± 0,135
2	32	19	1,677	3,390	1,676 ± 0,829
6	32	19	1,677	2,784	-0,228 ± 0,137
9	31	19	1,677	1,714	0,291 ± 0,285
10	31	18	1,678	3,660	0,467 ± 0,214
11	31	19	1,677	3,055	0,354 ± 0,194
13	31	19	1,677	2,757	0,512 ± 0,312
14	31	18	1,678	1,841	0,166 ± 0,151
15	32	19	1,677	3,429	-0,352 ± 0,172
16	31	19	1,677	2,616	0,333 ± 0,214
18	30	19	1,678	7,329	-0,529 ± 0,121
19	32	19	1,677	2,477	-0,220 ± 0,149
21	32	19	1,677	2,113	-0,168 ± 0,133
22	32	18	1,677	2,427	-0,301 ± 0,208
23	31	19	1,677	5,220	0,746 ± 0,240
24	30	19	1,678	2,015	0,423 ± 0,352
25	30	19	1,678	2,830	0,370 ± 0,219
27	29	19	1,679	1,899	0,264 ± 0,233
31	32	19	1,677	3,099	0,653 ± 0,353
35	31	19	1,677	1,845	0,373 ± 0,339
36	30	19	1,678	3,371	0,740 ± 0,368
37	31	19	1,677	1,709	0,343 ± 0,337
40	31	19	1,677	1,802	0,162 ± 0,151
42	30	19	1,678	3,159	0,300 ± 0,159

Достоверное различие в содержании в крови у детей аминокислот установлено в 9 (75%) случаях, а в содержании карнитинов – в 15 (50%) случаях. В 14 (46,67%) случаях достоверное различие выявлено только для карнитинов и в 3 (25%) случаях – для аминокислот, содержание которых в крови у детей с эпилепсией превышало их соответствующее содержание в крови у детей группы сравнения, в 6 (50%) случаях – для аминокислот и в 1 (3,33%) случае - для карнитинов, содержание которых в кро-

ви у детей группы сравнения превышало их соответствующее содержание в крови у детей с эпилепсией.

Дети в зависимости от формы эпилепсии разделены на 2 основные группы: структурная генерализованная эпилепсия (диагноз 1), структурная фокальная эпилепсия (диагноз 2).

Значимые различия в содержании аминокислот и карнитинов в группах детей с разными формами эпилепсии установлены в 8 (19,05%) случаях помощью критерия Стъдента и точного метода Фишера ($p_{\text{гмф}} < 0,1$) [5, 15].

Достоверно более высоким оказалось содержание в крови детей с диагнозом 1 бутирилкарнитина, изовалерилкарнитина, цитруллина, тирозина, валина, чем у детей с диагнозом 2; содержание в крови детей с диагнозом 1 тетрадецеаноилкарнитина, октаноилкарнитина, гексаноилкарнитина оказалось достоверно более низким, чем у детей с диагнозом 2.

Зависимость детского организма от экзогенного поступления карнитина, участвующего во всех видах обмена веществ, особенно в энергетическом обеспечении, обуславливает необходимость компенсации его дефицита при условии использования удобных и безопасных лекарственных форм, содержащих природные аналоги L-карнитина [1, 11, 16].

Применение вальпроатов (как и карбамазепина) может приводить к угнетению синтеза L-карнитина и снижению скорости утилизации имеющихся в организме глюкозы и свободных жирных кислот [23]. В определенной степени это может быть причиной увеличения массы тела у пациентов, длительное время принимающих противозепилептические препараты. Исследования показали, что в этой ситуации эффективным оказывается применение L-карнитина, который не снижает эффективность препаратов вальпроевой кислоты и не ухудшает течение эпилепсии [28, 31, 33].

Группе детей с эпилепсией назначался препарат элькар, и через месяц его приема проводилось их повторное обследование с забором крови для определения содержания аминокислот и карнитинов.

В результате приема элькара достоверная нормализация содержания в крови отмечена для 13 (30,95%) из 42 аминокислот и карнитинов: в 6 (46,15%) случаях нормализуется содержание аминокислот и в 7 (53,85%) случаях - карнитинов.

Нарушения минерального обмена у детей с эпилепсией могут быть обусловлены как самим заболеванием, так и применением АЭП [3].

Скрининговым методом для оценки уровня макро- и микроэлементов в организме при массовых обследованиях является спектральный анализ волос.

У 104 детей с эпилепсией и 28 детей группы сравнения методом

атомно-адсорбционного анализа определялось содержание в волосах 12 микроэлементов: свинца, цинка, меди, кадмия, марганца, кальция, магния, лития, алюминия, железа, ртути и селена. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 17 лет.

Сопоставление содержания микроэлементов в волосах у девочек с эпилепсией и группы сравнения выявило статистически значимые различия ($P \geq 0,90$) в 8 (66,67%) случаях, у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения - в 10 (83,33%) случаях.

Улучшение медикаментозной терапии эпилепсии, как и других заболеваний, во многом связано с применением достижений молекулярной генетики. В настоящее время выделение вариантов генов, ассоциированных с терапевтическими или побочными эффектами противоэпилептических препаратов, основывается на предварительной идентификации генов-кандидатов и последующей оценке распределения вариантов аллелей с хорошим или неудовлетворительным клиническим ответом на лечение. Отсутствие ремиссии и развитие побочных эффектов при терапии эпилепсии ассоциируется с наличием полиморфизма генов детоксикации [4, 10, 13, 21, 22, 32], а информация о наличии такого полиморфизма позволяет повысить эффективность фармакотерапии, делая ее менее токсичной и персонализированной [17, 19, 21, 27].

Гены детоксикации CYP2C9 и CYP2C19 системы P450 [25] изучались у 86 детей с тяжелыми формами эпилепсии. Заболевание считалось резистентным у 56 (65,12%) детей. Нерезистентная форма эпилепсии выявлена у 30 (34,88%) детей, причем она сопровождалась осложнениями от приема АЭП у 16 (53,33%) детей.

Полиморфизм исследованных генов обнаружен у 43 (50%) детей с эпилепсией. Ген *1/*1 выявлен в генотипе CYP2C9 в 56 (65,12%) случаях, в генотипе CYP2C19 - в 65 (75,58%) случаях, ген *1/*2 выявлен в генотипе CYP2C9 в 14 (16,28%) случаях, в генотипе CYP2C19 - в 20 (23,26%) случаях, ген *1/*3 выявлен в генотипе CYP2C9 в 15 (17,44%) случаях и отсутствует в генотипе CYP2C19, ген *2/*2 в генотипе CYP2C9, как и в генотипе CYP2C19, выявлен только в 1 (1,16%) случае.

Монотерапия вальпроатами проводилась у 67 (77,91%) детей, политерапия с участием вальпроатов - у 10 (11,63%) детей, лечение другими АЭП осуществлялось у 9 (10,47%) детей. Лечение 39 (45,35% - 45,35%) детей с полиморфизмом исследованных генов проводилось вальпроатами, 33 (84,62% - 38,37%) из этих детей имели резистентную форму эпилепсии, 6 (15,38%) – нерезистентную.

Содержание вальпроатов в крови определялось у 25 детей, у 21 из них установлена резистентная форма и нерезистентная с осложнениями

форма заболевания. Таким образом, содержание вальпроатов превышало предельную терапевтическую дозу в крови у 52,38% детей с резистентной и нерезистентной с осложнениями формами заболевания. Полиморфные гены CYP2C9, CYP2C19 системы P450 выявлены у 39 (57,35%) из 68 детей, лечившихся вальпроатами, с резистентной и нерезистентной с осложнениями формами эпилепсии. Результаты исследования указывают на то, что у детей, принимавших вальпроаты, их высокая концентрация в крови в значительной степени обусловлена наличием полиморфизма генов CYP2C9, CYP2C19 системы P450, являющегося основной причиной плохой переносимости препаратов.

Выводы. Продолжение и расширение исследований по рассмотренным направлениям будет способствовать дальнейшему совершенствованию методов диагностики и терапии эпилепсии, улучшению социальной адаптации и уменьшению инвалидизации детей с эпилепсией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Брин, И. Л. Отечественный препарат левокарнитина (Элькар) в педиатрической практике / И. Л. Брин // Труд. пациент. – 2008. – Т. 6, № 9. – С. 3-7.
2. Броун, Т. Эпилепсия : Клиническое руководство / Т. Броун, Г. Холмс. – Пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2006. – 288 с.
3. Воронцов, И. М. Педиатрические аспекты пищевого обеспечения женщин при подготовке к беременности и при ее врачебном мониторинге / И. М. Воронцов // Педиатрия. – 1999. – № 6. – С. 87-92.
4. Гра, О. А. Анализ полиморфизма генов системы биотрансформации при лимфомах и лейкозах с помощью биочипов : дис... канд. биологич. наук : 03.00.03 / Гра О. А. – М., 2007. – 215 с.
5. Гублер, Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Е. В. Гублер. – М.: Медицина, 1990. – 176 с.
6. Гузева, В. И. Роль видео-ЭЭГ мониторинга в диагностике эпилептических и неэпилептических пароксизмальных состояний у детей / В. И. Гузева, О. В. Гузева, В. В. Гузева // Эпилепсия и пароксизмал. состояния. – 2010. – Т. 2, № 3. – С. 12-19.
7. Гузева, В. И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей / В. И. Гузева. – М.: Мед. информац. агентство, 2007. – 568 с.
8. Зенков, Л. Р. Клиническая электроэнцефалография с элементами эпилептологии / Л. Р. Зенков. – М.: Медпресс-информ, 2002. – 368 с.
9. Зенков, Л. Р. Непароксизмальные психические и поведенческие нарушения, связанные с билатерально-синхронными эпилептиформными разрядами в ЭЭГ (анализ собственных случаев и обзор литературы) / Л. Р. Зенков // Неврологический журн. – 2009. – Т. 14, № 5. – С. 22-27.
10. Игнатъев, И. В. Ассоциация полиморфного маркера C3435T гена MDR1, кодирующего гликопротеин-P, с развитием симптомов дигиталисной интоксикации и повышением концентрации дигоксина в плазме крови пациентов с постоянной формой мерцательной аритмии / И. В. Игнатъев, Д. А. Сычев, Д. А. Андреев и др. // Медицинская генетика. – 2005. – Т4, № 12. – С. 568-572.
11. Казанцева, Л. З. Основные методы лечения детей, страдающих митохондриальными заболеваниями: Метод. указания / Л. З. Казанцева, Э. А. Юрьева, Е. А. Николаева [и др.]. – М., 2001. – 24 с.
12. Копелевич, В. М. Витаминоподобные соединения Lкарнитин и ацетил-Lкарнитин от биохимических исследований к медицинскому применению / В. М. Копелевич // Укр. біохіміч. журн. – 2005. – Т. 77, № 4. – С. 25-45.
13. Кукес, В. Г. Метаболизм лекарственных средств: клинико-фармакологические аспекты / В. Г. Кукес. – М.: Реафарм, 2004. – 144 с.

14. Петрухин, А. С. Эпилептология детского возраста / А. С. Петрухин, К. Ю. Мухин, Н. К. Благо-склонова, А. А. Алиханов. - 2000. - М., Медицина. - 623 с.
15. Смирнов, Н. В. Курс теории вероятностей и математической статистики. / Н. В. Смирнов, Н. В., И. В. Дунин-Барковский. - М.: Наука, 1969. - 512 с.
16. Сухоруков, В. С. Лечение и профилактика энергодефицитных состояний с применением препарата элькар (пособие для врачей) / В. С. Сухоруков. – М., 2009. – 16 с.
17. Сычѳв, Д. А. Клиническая фармакогенетика системы биотрансформации и транспортеров лекарственных средств: дань моде или прикладное направление? / Д. А. Сычѳв, И. В. Игнатъев, Н. А. Гасанов, В. Г. Кукуе // Pacific Medical J. - 2006. - № 4. - P. 21-26.
18. Темин, П. А. Диагностика и лечение эпилепсии у детей / П. А. Темин, М. Ю. Никанорова. - М.: Можайск-Терра, 1997. – 655 с.
19. Шнайдер, Н. А. Фармакогенетика антиэпилептических препаратов / Н. А. Шнайдер, Д. В. Дмитренко, М. С. Пилогина // Бюл. сибир. медицины. - 2008. - № 4. - С. 111-119.
20. Cock, H. The role of mitochondria in status epilepticus / H. Cock // The 1st London Colloquium on Status Epilepticus: Platform presentation Abstracts. - London, 2007. - P. 16-18.
21. Ferraro, T. N. The relationship between the pharmacology of antiepileptic drugs and human gene variation: an overview / T. N. Ferraro, R. J. Buono // Epilepsy and Behavior. - 2005. - Vol. 7 (1). - P. 18-36.
22. Gaikovitch, E. A. Polymorphisms of drug-metabolizing enzymes CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP1A1, NAT2 and of P-glycoprotein in a Russian population / Elena A. Gaikovitch, Ingolf Cascorbi, Przemyslaw M. Mrozikiewicz, Jürgen Brockmöller [et al.] // European J. of Clinical Pharmacology. - 2003. Vol. 59. [Iss. 4](#). – P. 303-312.
23. Jallon, P. Bodyweight gain and anticonvulsants: a comparative review / P. Jallon, F. Picard // Drug Saf. – 2001. - Vol. 24, № 13. – P. 969-978. [NEW 70]
24. Kirchheiner, J. Pharmacogenetics-based therapeutic recommendations--ready for clinical practice? / J. Kirchheiner, U. Fuhr, J. Brockmoller // Nat. Rev. Drug. Discov. - 2005. - Vol. 4, № 8. - P. 639-647.
25. Klotz, U. The role of pharmacogenetics in the metabolism of antiepileptic drugs: pharmacokinetic and therapeutic implications / U. Klotz // Clin. Pharmacokinet. - 2007. - Vol. 46, № 4. - P. 271-279.
26. Lheureux, Philippe E.R. Science review: Carnitine in the treatment of valproic acid-induced toxicity - what is the evidence / Philippe E. R. Lheureux, Andrea Penalzoza, Soheil Zahir, Mireille Gris. // Critical Care. - 2005. - Vol. 9. - P. 431-440.
27. Loscher, W. The clinical impact of pharmacogenetics on the treatment of epilepsy / W. Loscher, U. Klotz, F. Zimprich, D. Schmidt // Epilepsia. - 2009 Jan. - Vol. 50, Issue 1. - P. 1-23
28. Malaguarnera, M. L-Carnitine in the treatment of mild or moderate hepatic encephalopathy / M. Malaguarnera, G. Pistone, M. Astuto [et al.] // Dig. Dis. - 2003. - Vol. 21. - P. 271-275.
29. Perucca, E. Disposition of sodium valproate in epileptic patients / E. Perucca E., G. Gatti, G.M. Frigo [et al.] // Br. J. Clin. Pharmacol. - 1978. - Vol. 5. - P. 495-499.
30. Pharmacogenomics : social, ethical, and clinical dimensions / Edited by Mark A. Rothstein. Hoboken, New Jersey: Wiley-Liss, 2003. - 368 p.
31. Raskind, J. The Role of Carnitine Supplementation during Valproic Acid Therapy / J. Raskind, E.I.-Chaar G. // Annals of Pharmacotherapy. - 2000. – Vol. 34. - P. 630-638.
32. Stoughton, R. How molecular profiling could revolutionize drug discovery / R. Stoughton, S. Friend // Nat. Rev. Drug. Discov. - 2005. - № 4. - P. 345-350.
33. Therrien, G. Protective effect of L-carnitine in ammonia-precipitated encephalopathy in the portacaval shunted rat / G. Therrien, C. Rose, J. Butterworth, R. Butterworth // Hepatology. - 1997. - Vol. 25. - P. 551-556.
34. Wolf, P. Influence of antiepileptic drugs on sleep / P. Wolf // Advances in epileptology / Wolf P., Dam M., Janz D., Dreifuss F. E. (Eds.). - New York: Raven Press, 1987. - Vol. 16. - P. 733-737.
35. Wyatt, R. J. Total prolonged drug-induced REM sleep suppression in anxious-depressed patients / R. J. Wyatt, D. H. Fram, D. J. Kupfer, F. Snyder // Arch. Gen. Psychiatry. - 1971. - Vol. 24. - P. 145-155.

Анализ показателей прогестерона в крови детей с эпилепсией

Гузева В.И., Гузева О.В., Гузева В.В., Касумов В.Р.

Analysis of progesterone in the blood of children with epilepsy *Guzeva V.I., Guzeva O.V., Guzeva V.V., Kasumov V.R.*

Epilepsiya olan uşaqların qanındakı progesteron göstəricilərinin təhlili

Quzeva V.İ., Quzeva O.V., Quzeva V.V., Qasimov V.R.

Санкт-петербургский государственный педиатрический медицинский университет

Введение. В настоящее время установлено, что существует взаимосвязь между эпилептическими приступами, лечением АЭП и изменениями в гормональном фоне организма.

Половой стероидный гормон прогестерон обладает антиконвульсантным действием и в период полового созревания влияет на характер возникающих приступов.

Целью работы заключалась в оценке показателей прогестерона у детей с эпилепсией.

Материал и методы. Содержание прогестерона изучалось в плазме крови у 82 детей с эпилепсией и 79 детей группы сравнения. Возраст детей составлял от 8 месяцев до 17 лет. Клиническое исследование больных включало изучение анамнеза заболевания, оценку неврологического и соматического статусов, изучение типов приступов и формы заболевания. Исследовались безразмерные значения показателей уровня прогестерона.

Статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью критерия Стьюдента.

Результаты и их обсуждение. Установлены доверительные интервалы для содержания прогестерона у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения, а также достоверность различия в содержании гормона во всех возрастных группах детей.

У девочек с эпилепсией и группы сравнения изменение содержания ПГ изучалось при отсутствии менструаций, в фазы менструального цикла и при нарушении менструального цикла. У них установлены доверительные интервалы и достоверность различия в содержании прогестерона в различные периоды менструального цикла.

Установлена достоверность различия в содержании гормона у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения с его содержанием у девочек с эпилепсией и группы сравнения в зависимости от периодов менструального цикла.

Основной вывод заключается в возможности использования результатов исследования

при научно-практической оценке роли прогестерона в течении эпилепсии, влиянии его циклических колебаний у подростков на частоту и характер приступов.

Ключевые слова: мальчики и девочки с эпилепсией, содержание прогестерона в крови, фазы менструального цикла, антиэпилептические препараты, доверительный интервал.

Introduction. In present time is established that there is a relationship between epileptic seizures, treatment of AEDs and changes in the hormonal background of the body.

The sex steroid hormone progesterone has an anticonvulsant effect and during puberty affects the nature of the occurring seizures.

The aim of the study was to evaluate progesterone in children with epilepsy.

Material and methods. The progesterone content was studied in plasma of 82 children with epilepsy and 79 children in the comparison group. The age of children ranged from 8 month to 17 years. Clinical survey of patients included medical history, assessment of neurological and somatic statuses, study of the types of seizures and form of the disease. Were studied the dimensionless values of progesterone levels.

Statistical analysis of research data was carried out using Student's criterion.

Results and discussion. Confidence intervals were established for the progesterone content in boys with epilepsy and comparison groups, as well as the significance of differences in hormone content in all age groups of children.

In girls with epilepsy and comparison group, the change in content of progesterone was studied in the absence of menstruation, during the phases of menstruation cycle and in case of irregular menstruation. In them were established confidence intervals and the significance of differences in the progesterone content in different periods of the menstrual cycle.

Was established the significance of the difference in the hormone content in boys with epilepsy and the comparison group with its content in girls with epilepsy and the comparison group depending on the periods of the menstrual cycle.

The main conclusion is the possibility of using the research results in a scientific and practical assessment of the role of progesterone in epilepsy, the effect of its cyclic fluctuations in adolescents on the frequency and nature of seizures.

Key words: boys and girls with epilepsy, plasma progesterone levels, menstrual phase, antiepileptic drugs, confidence interval.

Введение. В настоящее время установлено, что существует взаимосвязь между эпилептическими приступами, лечением АЭП и изменениями в гормональном фоне организма, но механизмы этой связи до конца не выяснены [3, 4, 5, 6, 7, 8, 12, 19].

Прогестерон (ПГ) относится к половым стероидным гормонам. Он обладает антиконвульсантным действием, и в период полового созревания, сопровождающегося значительной гормональной перестройкой организма, влияет на типы возникающих приступов. У многих женщин отмечаются изменения в частоте приступов в определенные фазы менструального цикла (катамениальная эпилепсия). В мужском организме циклические колебания уровня гормона менее выражены, чем у женщин [14, 15].

Цель работы: на основании комплексных исследований, включающих клиничко-anamnestические данные, результаты исследования ЭЭГ и МРТ головного мозга, анализа результатов исследования содержания

прогестерона в крови мальчиков и девочек 8-17 лет с эпилепсией и группы сравнения оценить показатели прогестерона у детей с эпилепсией.

Материал и методы. На кафедре неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики СПбГПМУ изучалось содержание прогестерона в плазме крови у 82 детей с эпилепсией (39 мальчиков и 43 девочки) и 79 детей группы сравнения (38 мальчиков и 41 девочка). Возраст детей составлял от 8 месяцев до 17 лет.

Клиническое исследование больных включало изучение анамнеза заболевания, оценку неврологического и соматического статусов, изучение типов приступов и формы заболевания.

Изучение анамнеза заболевания включало оценку течения беременности и родов, перинатального периода, оценку психомоторного и речевого развития детей до 1 года и до появления эпилептических приступов для выявления и анализа факторов предрасположенности, способствующих развитию заболевания. При анализе данных учитывалось наличие в анамнезе черепно-мозговых травм, нейроинфекций, эпилепсии у одного из родителей и/или родственников больного.

Результаты электроэнцефалографического исследования сопоставлялись с клинико-анамнестическими данными и результатами магнитной резонансной томографии.

Определение содержания прогестерона в плазме крови детей проводилось в соответствии с инструкцией по применению набора реагентов для иммуноферментного определения гормона в сыворотке крови человека, утвержденной МЗ РФ.

Показатели уровня гормона исследовались в виде безразмерных значений, полученных в результате деления его абсолютных значений на среднее абсолютное содержание гормона у мальчиков группы сравнения 8-9 лет.

Статистический анализ проводился с помощью критерия Стьюдента. В качестве достоверной принималась вероятность $P \geq 0,90$, принятая при проведении большинства медицинских исследований [2, 13].

Результаты и их обсуждение. Согласно данным анамнеза (таблица 1), беременность у матерей мальчиков с эпилепсией в большинстве случаев (51,28%) была первая, осложненное течение беременности выявлено в 46,15% случаев, из них в большем числе случаев отмечалась угроза прерывания (55,56%) и токсикоз (27,78%), сочетание осложнений выявлено в 27,78% случаев. Значительное число матерей обследованных мальчиков - первородящие (48,71%), нормальное течение родов выявлено в 35,90% случаев. Среди осложнений родов, следует отметить высокий процент (20%) применения родостимуляции, в 24% случаев отмечалось сочетание

нескольких факторов.

У 33 (84,62%) из 39 мальчиков диагностирована структурная эпилепсия, у 6 (15,38%) – генетическая [10, 11]. Из группы мальчиков со структурной эпилепсией у 19 (57,58%) – фокальные формы, у 14 (42,42%) – генерализованные формы. В группе мальчиков со структурной эпилепсией у 11 (57,89%) выявлена височная форма, у 8 (42,11%) – другие формы (лобная, лобно-височная, и другие). В группе мальчиков с генетической эпилепсией у 4 (66,67%) диагностирована абсансная форма, у 2 (33,33%) – юношеская миоклоническая форма.

У 10 (25,64%) мальчиков с эпилепсией давность заболевания составляла до 2 лет, у 11 (28,21%) – от 2 до 6 лет, у 18 (46,15%) – более 6 лет.

Наиболее часто у мальчиков с эпилепсией встречались приступы не чаще 1 раза в год и ремиссия – в 41,02% случаев, приступы с частотой от 2 раз в год до 1 в неделю – в 30,77% случаев, с частотой 2 и более в неделю (более 4 в месяц) – в 28,21% случаев.

У 6 (15,38%) мальчиков выявлена гипермоторность со снижением памяти и внимания, у 3 (7,69%) – легкая неврологическая симптоматика (нистагм в крайних отведениях, легкий интенционный тремор), у 6 (15,38%) – отставание в психоречевом развитии, у 4 (10,26%) – грубая неврологическая симптоматика (гемипарез, асимметрия глубоких рефлексов, патологические стопные знаки, координаторные нарушения), у 2 из них во время осмотра отмечались миоклонии конечностей и лица.

Из эпилептических приступов у мальчиков чаще отмечались генерализованные (71,79%), среди которых значительно преобладали тонико-клонические (78,57%), в 30,77% случаев отмечалось сочетание генерализованных приступов с другими видами приступов. Абсансы установлены у 20,51% мальчиков, **фокальные** приступы – у 43,59% мальчиков. Следует отметить, что у мальчиков с **фокальными** приступами выявлено почти одинаковое число простых и сложных приступов: 52,94% и 47,06% соответственно. Атонические приступы наблюдались только у 1 (2,56%) пациента.

У большинства мальчиков эпилептические приступы возникали спонтанно, у 6 (15,38%) из них выявлялась связь со сном (при засыпании, во время сна, при депривации сна), среди других факторов, провоцирующих эпилептические приступы, отмечены фотостимуляция, гипервентиляция, стресс, у 2 (5,13%) – приступы провоцировались выполнением инъекций (взятие крови, прививки).

Постприступное состояние у больных с генерализованными приступами в 1/3 случаев характеризовалось появлением головных болей, астенией или сном, у 2 мальчиков – речевыми нарушениями, у 3 – дезори-

ентацией.

Антиэпилептические препараты (АЭП) играют важную роль в изменении уровня половых гормонов, как прямо, влияя на их метаболизм, так и опосредовано, нарушая функционирование гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы [1, 6, 9, 16, 17, 18].

Одним из критериев отбора детей с эпилепсией для проводимого исследования служило назначение им препаратов в нижних и средних дозах на 1 кг веса в сутки (вальпроаты 15-25 мг/кг/сутки топамакс 3-4 мг/кг/сутки, карбамазепины 15-20 мг/кг/сутки, трилептал 10-15 мг/кг/сутки).

Большинство обследованных мальчиков получали вальпроаты (43,75%), в 25% случаев назначались карбамазепины, в 21,875% случаев - топамакс, значительно меньшее число получали трилептал и фенобарбитал или бензонал – 2 (6,25%) и 1 (3,125%) больной, соответственно. Политерапию получали 3 (7,69%) мальчика, противоэпилептическую терапию не получали 4 (10,26%) мальчика.

Во время проведения исследования у 17 (43,59%) мальчиков наблюдалась ремиссия до 1 года, а у 8 (20,51%) мальчиков - ремиссия больше 1 года. У 2 (5,13%) мальчиков проявлялся временный эффект (отсутствие приступов до 1,5 месяцев на фоне терапии АЭП). В 14 (35,90%) случаях приступы сохранялись в период проведения исследования. Учащение отмечалось в 2 (5,13%) случаях, урежение – в 7 (17,95%) случаях.

Побочные эффекты на фоне приема противоэпилептических препаратов отмечены у 10 (25,64%) мальчиков. У 4 (40%) детей они отмечались на фоне приема вальпроатов и проявлялись в патологическом увеличении массы тела, у 4 (40%) детей потребовалась замена препарата: у 2 – ввиду учащения приступов при приеме финлепсина, у 1 – из-за выраженной сонливости и заторможенности поведения при приеме бензонала и у 1 ребенка - при приеме депакина (тромбоцитопения). Еще у 2 (20%) мальчиков при монотерапии топамаксом отмечались головные боли, которые купированы коррекцией дозы препарата.

Данные ЭЭГ были в пределах возрастной нормы только у 7,69% мальчиков. Нарушение формирования возрастного ритма выявлено тоже у 7,69% мальчиков. Среди диффузных изменений биоэлектрической активности преобладали умеренно выраженные изменения (33,33%). У 82,05% мальчиков с установленной эпилептиформной активностью преобладали региональные изменения (59,375%).

МРТ-обследование не выявило морфологических изменений головного мозга только у 15,38% обследованных мальчиков с эпилепсией. Среди структурных изменений головного мозга преобладали резидуально-

атрофические (35,90%) и арахноидальные изменения ликворокистозного характера (17,95%), очаги дисмиелинизации и демиелинизации выявлены в 12,82% случаев. Следует отметить высокий процент обнаружения наружной гидроцефалии с атрофическими изменениями мозга (12,82%). Региональные структурные изменения мозга чаще выявлялись в височных областях (12,82%).

Изучение анамнеза у девочек с эпилепсией показало, что в большинстве случаев (69,77%) беременность у матерей была второй и более, осложненное и нормальное течение беременности выявлено в 55,81% и 44,18% случаев, соответственно, из осложнений наиболее часто встречались токсикоз (33,33%) и угроза прерывания (33,33%), сочетание осложнений выявлено в 16,67% случаев. Большое число матерей обследованных детей были первородящими (62,79%), нормальное течение родов выявлено в 34,88% случаев.

У 33 (76,74%) из 43 обследованных девочек диагностирована структурная эпилепсия, у 10 (23,26%) – генетическая. Из группы девочек со структурной эпилепсией у 11 (25,58%) установлены генерализованные формы, у 22 (51,16%) - фокальные формы. Из группы девочек со структурной фокальной эпилепсией у 13 (30,23%) выявлена височная форма, у 9 (20,93%) – другие формы (лобная, затылочная, теменная и др). В группе девочек с генетической эпилепсией у 5 (11,53%) диагностирована юношеская миоклоническая форма, у 5 (11,53%) - абсансная форма.

У 18,60% девочек с эпилепсией давность заболевания составляла до 2 лет, у 44,19% девочек - от 2 до 6 лет и у 37,21% - более 6 лет.

Доминировала частота приступов не чаще 1 раза в год – у 21 (48,84%) девочки, 2 и более приступов в год до 1 в неделю отмечались у 11 (25,58%) девочек, 2 и более приступов в неделю (более 4 в месяц) – у 11 (25,58%) девочек.

Выраженная неврологическая симптоматика (разные сочетания косоглазия, гемипареза, асимметрии глубоких рефлексов, дистонии, экстрапирамидные нарушения) выявлены у 3 (3,44%) девочек с эпилепсией, из них у одной отмечались миоклонии языка и верхних конечностей.

У большинства девочек с эпилепсией (65,12%) очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

В исследование включались, в основном, соматически здоровые девочки.

У девочек чаще встречались генерализованные приступы – в 72,09% случаев), среди которых преобладали тонико-клонические (67,74%), в 18,60% случаев отмечалось сочетание генерализованных и фокальных приступов. Абсансы выявлены у 6 (19,35%) девочек с эпилепсией.

ей. Миоклонические приступы встречались только у 6 (13,95%) и сочетались с генерализованными у 3 (6,98%) девочек. Фокальные приступы отмечены у 21 (48,84%) больных с эпилепсией, причем преобладали простые приступы (61,90% случаев).

У девочек в большинстве случаев (65,12%) эпилептические приступы возникали спонтанно, среди провоцирующих факторов в 1 (2,33%) случае выявлена боль, в 7 (16,28%) случаях - связь со сном (депривация, во время сна, при пробуждении), в 3 (6,98%) случаях - эмоциональные нагрузки (возбуждение, стресс), в 3 (6,98%) случаях приступы возникали на фоне ОРЗ и повышения температуры, в 1 (2,33%) случае причиной приступа явилась фототостимуляция и в 5 (11,63%) случаях - сочетание различных факторов.

Нормальное состояние после приступа отмечалось в большинстве случаев (58,14%). Изменение состояния после приступа выявлялось, в основном, у детей с генерализованными приступами, сложными парциальными приступами и при сочетании разных видов приступов и характеризовалось сном у 8 (18,60%) больных, спутанным сознанием - у 2 (4,65%), их сочетанием - у 3 (6,98%) девочек, рвотой и раздражительностью - у одной, головной болью и головокружением - у 3 (6,98%), мочеиспусканием и астенией - у одной девочки.

Противоэпилептическую терапию не получали 4 (9,03%) девочки с эпилепсией. Как и у мальчиков, важным критерием отбора девочек с эпилепсией в проведенном исследовании служило назначение им препаратов в нижних и средних дозах на 1 кг веса в сутки (вальпроаты 15-25 мг/кг/сутки топамакс 3-4 мг/кг/сутки, карбамазепины 15-20 мг/кг/сутки, трилептал 10-15 мг/кг/сутки).

Большинство девочек получали вальпроаты (44,54%), в 22,22% случаях назначались карбамазепины, в 19,44% случаев - топамакс, значительно меньшее число девочек получали трилептал и фенобарбитал или бензонал - 3 (8,33%) и 2 (5,56%) девочки, соответственно. Политерапию получали 3 (6,98%) девочки, противоэпилептическую терапию не получали 4 (9,30%) девочки.

Во время проведения исследования у 23 (53,49%) больных наблюдалась ремиссия до 1 года, а у 9 (20,93%) девочек - ремиссия больше 1 года. У 3 (6,98%) девочек проявлялся временный эффект (отсутствие приступов до 1,5 месяцев на фоне терапии АЭП). В 10 (23,26%) случаях приступы сохранялись в период проведения исследования. Учащение приступов, как и их урежение отмечались только в 1 (2,33%) случае.

Побочные эффекты противоэпилептической терапии отмечались у 14 (32,56%) девочек.

В большинстве случаев (57,14%) побочные эффекты наблюдались при приеме депакина хроно и у 4 (28,57%) девочек проявлялись в патологическом увеличении массы тела. При приеме конвулекса побочные эффекты наблюдались у 1 (7,24%) девочки, а в случаях приема топамакса, трилептала и фенобарбитала, бензонала побочные эффекты наблюдались у 2 (14,29%) девочек, причем при приеме топамакса у 2 (25%) девочек отмечалось патологическое уменьшение массы тела.

У 9 (64,29%) девочек с побочными эффектами АЭП эпилептических приступов не отмечалось

При регистрации региональных эпилептиформных изменений у 13 (76,47%) из 17 девочек во время гипервентиляции или сна на ЭЭГ отмечалась вторичная генерализация в фоновой активности.

Данные ЭЭГ были в пределах нормы только у 5 (11,63%) девочек с эпилепсией. Среди диффузных изменений биоэлектрической активности преобладали умеренно выраженные (20,93%). У 26 (60,47%) больных с зарегистрированной эпилептиформной активностью преобладали региональные изменения (65,38%).

МРТ-исследование головного мозга проводилось у 35 (81,40%) девочек. В 34,29% случаях МРТ-обследование не выявило морфологических изменений головного мозга у девочек с эпилепсией. Среди структурных изменений наиболее часто у девочек с эпилепсией, как и у мальчиков, встречались резидуально-органические (17,14%) и арахноидальные изменения ликворокистозного характера (11,43%). Кисты височной области и асимметрия боковых желудочков встречались в 8,57% случаев. У девочек, как и мальчиков, региональные структурные изменения преобладали в височной области.

При исследовании содержания ПГ у мальчиков с эпилепсией выявлены две возрастные группы 8-13 и 14-17 лет, внутри которых содержание прогестерона не зависело от возраста детей. Доверительный интервал ($P=0,90$) для содержания гормона у мальчиков 8-13 лет составил ($5,271 \pm 2,369$), а у мальчиков 14-17 лет – ($14,498 \pm 6,463$). Среднее значение ПГ у мальчиков старшей возрастной группы достоверно превышало среднее значение гормона у мальчиков младшей возрастной группы, и доверительный интервал ($P=0,90$) для разности средних значений составил ($9,228 \pm 5,688$).

У мальчиков группы сравнения также установлены две возрастные группы 8-13 и 14-17 лет с достоверно отличающимся содержанием гормона. Доверительные интервалы ($P=0,90$) у мальчиков младшей старшей возрастных групп равны, соответственно, ($1,620 \pm 0,939$) и ($7,198 \pm 2,428$). Среднее значение содержания гормона у мальчиков группы сравнения 14-

17 лет достоверно ($P=0,90$) превышало его среднее содержание у мальчиков 8-13 лет, и доверительный интервал ($P=0,90$) для разности средних значений составил ($5,578 \pm 2,432$).

У девочек с эпилепсией изменение содержания ПГ изучалось при отсутствии менструаций, в фазы менструального цикла и при нарушении менструального цикла. При отсутствии менструаций содержание гормона оказалось наименьшим ($4,307 \pm 2,195$), оно последовательно возрастало во время менструации, в I и II фазу менструального цикла, несколько снижаясь при нарушении менструального цикла. Достоверное различие ($P \geq 0,90$). показателей ПГ во время менструации и в I фазу менструального цикла, а также во II фазу менструального цикла и с нарушением менструального цикла отсутствовало. Среднее содержание гормона в период менструации - I фаза менструального цикла составило ($18,415 \pm 6,810$), в период II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла - ($41,152 \pm 10,454$).

Значимое различие ($P=0,90$) в содержании ПГ установлено при отсутствии менструации и в период менструации - I фаза менструального цикла ($-14,108 \pm 6,841$), а также в периоды менструации - I фаза менструального цикла и II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла ($-22,737 \pm 13,926$).

Сопоставление содержания гормона у мальчиков с эпилепсией 8-13 лет и девочек с эпилепсией при отсутствии менструаций, а также мальчиков с эпилепсией 14-17 лет и девочек с эпилепсией в период менструации - I фаза менструального цикла не выявило достоверных отличий ($P \geq 0,90$).

У мальчиков с эпилепсией 14-17 лет и девочек с эпилепсией в период II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла содержание ПГ значимо отличалось, и доверительный интервал ($P=0,90$) для разности средних значений составил ($-26,654 \pm 12,775$).

Как и у девочек с эпилепсией, у девочек группы сравнения содержание ПГ оказалось наименьшим при отсутствии менструаций ($1,625 \pm 0,761$) и монотонно возрастало во время менструации, в I и II фазу менструального цикла, снижаясь при нарушении менструального цикла.

Показатели ПГ во время менструации и в I фазу менструального цикла, а также во II фазу менструального цикла и с нарушением менструального цикла достоверно не различались ($P=0,90$).

Среднее содержание гормона в период менструации - I фаза менструального цикла составило ($8,087 \pm 3,716$), в период II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла - ($37,943 \pm 10,089$).

Значимое различие ($P=0,90$) в содержании ПГ у девочек группы сравнения установлено при отсутствии менструаций и в период менструации

ции - I фаза менструального цикла ($-6,461 \pm 3,153$), а также в периоды менструации - I фаза менструального цикла и II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла ($-29,856 \pm 13,622$).

Среднее содержание ПГ у девочек группы сравнения оказалось ниже среднего содержания гормона у девочек с эпилепсией при отсутствии менструаций, в фазы менструального цикла и при нарушении менструального цикла, однако достоверное различие ($P=0,90$) в его содержании выявлено только в период отсутствия менструации ($2,681 \pm 2,149$) и в I фазу менструального цикла ($11,380 \pm 11,008$) (или в период во время менструации - I фаза менструального цикла).

В группах сравнения сопоставление содержания гормона у мальчиков 8-13 лет и девочек при отсутствии менструаций, а также мальчиков 14-17 лет и девочек в период менструации - I фаза менструального цикла не выявило достоверных отличий ($P \geq 0,90$). У мальчиков 14-17 лет и девочек в период II фаза менструального цикла - нарушение менструального цикла содержание ПГ значительно отличалось, и доверительный интервал ($P=0,90$) для разности средних значений составил ($-30,745 \pm 10,086$).

Таким образом, содержание прогестерона у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения 14-17 лет достоверно превышало его содержание, соответственно, у мальчиков с эпилепсией и группы сравнения 8-13 лет. Содержание прогестерона у девочек с эпилепсией достоверно превышало его содержание у девочек группы сравнения при отсутствии менструации и в I фазу менструального цикла.

У девочек с эпилепсией и группы сравнения в период II фазы менструального цикла - нарушение менструального цикла содержание ПГ достоверно превышало его содержание у мальчиков 14-17 лет с эпилепсией и группы сравнения, соответственно.

Следует отметить, что наибольшее содержание ПГ установлено у девочек с эпилепсией и группы сравнения во II фазу менструального цикла, достоверное различие в его содержании у девочек с эпилепсией и группы сравнения отсутствует.

Выводы. Полученные результаты могут использоваться при научно-практической оценке роли прогестерона в течении эпилепсии, влиянии его циклических колебаний у подростков на частоту и характер приступов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Власов, П. Н. Современная противоэпилептическая терапия у женщин / П.Н. Власов // Эффектив. фармакотерапия в неврологии. - 2006. - № 1. - С. 16-20
2. Гублер, Е. В. Информатика в патологии, клинической медицине и педиатрии / Е. В. Гублер. - М.: Медицина, 1990. - 176 с.
3. Гузева, В. В. Анализ показателей уровня гормонов в крови у детей пубертатного возраста, больных эпилепсией в зависимости от характера противоэпилептической терапии / В. В. Гузева, М. М. Одинак, Л. В. Эрман, Л. В. Тыртова // Вестн. рос. военно-мед. акад. - 2013. - № 3 (43). - С. 89-95.
4. Гузева, В. В. Данные мониторинга содержания гормонов в крови при эпилепсии у детей / В. В. Гузева // Науч.-практ. журн. Нейрохирургия и неврология дет. возраста. - № 3-4 (25-26) 2010. - С. 12-24.
5. Гузева, В. В. Изменение гормонального профиля у девочек с эпилепсией в динамике / В. В. Гузева // Науч.-практ. журн. Нейрохирургия и Неврология дет. возраста. - 2013. - № 4 (38). - С. 10-20.
6. Гузева, В. В. Показатели половых гормонов в крови у девочек с эпилепсией и группы сравнения / В. В. Гузева // Науч.-практ. журн. Нейрохирургия и Неврология дет. возраста. - 2013. - № 2 (36). - С. 42-55.
7. Гузева, В. В. Результаты исследования содержания гормонов в крови и их оценка в зависимости от длительности заболевания эпилепсией / В. В. Гузева // Якут. мед. журн. : Науч.-практ. журн. якут. науч. центра комплекс. мед. проблем сибир. отд-ния рос. акад. мед. наук. - 2013. - № 1 (41). - С. 30-33.
8. Гузева, В. В. Результаты оценки функционального состояния эндокринной системы при разных формах эпилепсии у детей / В. В. Гузева // Якут. мед. журн. : Науч.-практ. журн. науч. центра комплекс. мед. проблем сибир. отд-ния рос. акад. мед. наук. - 2011. - № 2 (34). - С. 72-77.
9. Гузева, В. И. Оценка гормонального профиля у мальчиков препубертатного и пубертатного возраста с эпилепсией / В. И. Гузева, В. В. Гузева, О. В. Гузева // Журн. неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - № 6. - 2008. - С. 78-82.
10. Гузева, В. И. Руководство по детской неврологии / В. И. Гузева. - 3 изд. - М.: Мед. информ. агентство, 2009. - 640 с.
11. Киссин, М. Я. Клиническая эпилептология / М.Я. Киссин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 256 с.
12. Повереннова, И. Е. Эпилепсия и беременность / И.Е. Повереннова, А. В. Якунина, Е. Н. Постнова [и др.] // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - Прил.: Эпилепсия. - 2008. - № 3. - С. 41-47.
13. Смирнов, Н. В. Курс теории вероятностей и математической статистики / Н. В. Смирнов, И. В. Дунин-Барковский. - М.: Наука, 1969. - 512 с.
14. Bourguignon, J. P. The neuroendocrinology of puberty / J. P. Bourguignon // Growth, Genetics & Hormones. - 1995. - Vol. 11. - P. 1-6. - 188→22
15. Martini, L. Androgen and progesterone metabolism in the central and peripheral nervous system / Martini L., R. C. Melcangi, R. Maggi // J. Steroid. Biochem. Mol. Biol. - 1993. - Vol. 47. - P. 195-205.
16. Morris, George L. Human sexuality, sex hormones, and epilepsy / George L. Morris, Colleen Vanderkolk // **Epilepsy & Behavior**. - 2005, Dec. - Vol. 7, Suppl. 2. - P. 22-28.
17. Morrow, J. The XX factor. Treating women with antiepileptic drugs / J. Morrow. - UK: Nuf-field Press, 2007. - 80 p.
18. Roste, L. S. Antiepileptic drugs alter reproductive endocrine hormones in men with epilepsy / L. S. Roste // Neurology. - 2005. - Vol. 65. - P. 976-977.
19. Vries, L. Endocrine effects of valproate in adolescent girls with epilepsy / L. Vries, A. Karasik, Z. Landau [et al.] // Epilepsia. - 2007. - Vol. 48. - P. 470-477.

Müxtəlif psixoaktiv maddələrin birlikdə istifadə edilməsinin – Poliasılılığın tibbi və sosial nəticələri

O.R.Cəfərov, P.P.Məmmədov, V.V.Feyziyev, M.A.Mustafayev

Медицинские и социальные последствия сочетанного употребления различных психоактивных веществ – Полизависимость

O.P.Джафаров, П.П.Мамедов, В.В.Фейзиев, М.А.Мустафаев

Medical and social consequences of the combined use of various psychoactive substances – Polydependence

O.R.Jafarov, P.P.Mamedov, V.V.Fevziyev, M.A.Mustafayev

AR SN “Respublika Narkoloji Mərkəzi” publik hüquqi şəxsi

E-mail: doktorpervin@yahoo.com

Одной из тенденций современного патоморфоза наркомании и токсикомании является увеличение доли сочетанной зависимости. В этой статье представлен краткий обзор сочетанного употребления различных ПАВ, который изменяет картину заболевания, влияет на темп формирования основных симптомов и синдромов, приводит к более тяжелым медицинским и социальным последствиям.

Ключевые слова: ПАВ, полизависимость, ПИИ, ВИЧ.

One of the tendencies of the modern pathomorphosis of drug addiction (narcology) and toxicomania is an increase in the proportion of combined dependence.

This article provides a brief overview of the combined use of various psychoactive substances, that change the picture of the disease, affect the rate of formation of the main symptoms and syndromes, and lead to more severe medical and social consequences.

Key words: PAS, polydependence, HIV, IDU.

Narkomaniya son 40 ilə yaxındır ki, dünyanı narahat edən bəlaya çevrilib. Çünki bu bəlanın təhlükəsi zaman keçdikcə aparılan mübarizə tədbirlərinə baxmayaraq, azalmaq əvəzinə kəskin sürətdə öz dairəsini genişləndirir.

Əfsuslar olsun ki, bu problem bizim ölkəmizdən də yan keçməyib. Son vaxtlar Azərbaycanda narkomanıyanın yayılmasında tendensiya müşahidə olunur və bu da ciddi təhlükədən xəbər verir. Rəsmi qeydiyyatdan olan narkomanların (narkomanların qeyri-rəsmi sayı rəsmi saydan ən azı 10 dəfə artıq götürülür) sayının son 10 ildə artma tendensiyası bunu sübut edir (cədvəl 1)

Cədvəl 1.

İllər	Narkomanların ümumi sayı	Onlardan qadınların sayı
2011	26176	511
2012	27910	528
2013	28376	539
2014	28644	553
2015	28555	592
2016	29517	612
2017	30131	595
2018	31432	626
2019	32921	641
2020	33788	618
2011-ci ilin 2020-ci ilə nisbəti(%)	Artım 23% təşkil edir	Artım 13% təşkil edir

Birinci cədvəldən görüldüyü kimi ümumi narkomanların sayı 23%, o cümlədən qadın narkomanların sayı isə 13% artmışdır.

Rəsmi qeydiyyatda olan narkomanların arasında inyeksion narkotik istifadəçilərinin (İNİ) sayı son 5 ildə daha çox artmışdır (cədvəl 2)

Cədvəl 2.

İllər	İnyeksion narkomanların sayı
2016	16.116
2017	17.146
2018	18.170
2019	20.189
2020	23.446
2016-cı ilin 2020-ci ilə nisbət(%)	Artan 14.5% təşkil edir

İnyeksion narkotik istifadəçilərinin virus mənşəli infeksiyon xəstəliklərə yoluxması da məlum səbəblərə görə böyük faiz təşkil edir. Belə ki. 2021-ci il

yanvarın 1-nə rəsmi qeydiyyatda olan İİV daşıyıcılarının (7302 nəfər) 39.5%-ni (2847 nəfər) inyeksion narkotik istifadəçiləri təşkil edir. İnyeksion narkotik istifadəçilərinin 64.7%-i hepatit C və B-yə yoluxub.

2000-ci ilin əvvəllərindən bir çox Avropa ölkələrində (İspaniya, Fransa, İtaliya, Böyük Britaniya, Niderland) Poliasılığın (iki və ya daha çox PAM-nin eyni zamanda və yaxud müəyyən ardıcılıqla qəbulu və onları hamısına qarşı asılılıq əmələ gəlməsi nəticəsində əmələ gələn xəstəlik) yayılması haqqında məlumatlar verilməyə başlandı.

Avropada hal-hazırda polinorkamiyanın ən çox yayılma modelinin mənzərəsi belədir: heroin kokainlə, kannabislə, stimulyatorla; kokainin alkoqol və ya stimulyatorlarla, heroinin metadonla və ya benzodiazepinlə birgə qəbulu.

Çox təəsüf ki, bu problem də bizim ölkəmizdən yan keçməyib. Azərbaycanda polinorkomaniyanın yayılmasında tendensiya 2010-cu ildən müşahidə olunur və bu da ciddi təhlükədən xəbər verir. “Respublika Narkoloji Mərkəzi” Publik hüququ şəxsində son 5 ildə qeydiyyatda olan polinorkomanların sayının artma tendensiyası bunu sübut edir (cədvəl 3)

Cədvəl 3.

İllər	Ümumi polinorkomanların sayı	Kişi	Qadın
2016	232	218	14
2017	209	195	14
2018	123	118	5
2019	90	80	10
2020	2143	2056	87

Cədvəldən görüldüyü kimi 2016-cı il ilə müqayisədə 2020-ci ildə polinorkomanların sayı təxminən 9 dəfə artmışdır.

Bu xəstələr arasında poliasılığın yayılma modeli aşağıdakı kimidir:

- Opioidlər – psixostimulyator – 65%
- Opioid - psixostimulyator – həşiş – 7%
- Opioid - psixostimulyator – sintetik ağrıkəsicilər(tramadol) – 2.5%
- Opioid - psixostimulyator – antikonvulsant(preqabalin) – 1.5%
- Opioid – metadon – 12%
- Opioid – metadon – psixostimulyator – 4%
- Opioid – alkoqol – 6%
- Alkoqol – həşiş – 2%

Poliasılığın formalaşması səbəbləri müxtəlifdir: asılılığın yaranmasına səbəb olan əsas narkotikin əldə olanmasının mümkünsüzlüyü; uzun müddət istifadə etdiyi narkotikdən gözlədiyi effektin olmaması; ilk vaxtlardan bir neçə psixoaktiv maddədən istifadə edilməsi.

Opioid və digər psixoaktiv maddələrdən birgə istifadə edənlər arasında 20-40 arası yaş qrupunda olanlar daha çox üstünlük təşkil edir.

Poliasılıqlı xəstələrdə abstinensiya sindromunun formalaşması birgə qəbul olunan psixoaktiv maddələrin xarakterindən, birdəfəlik və sutkalıq qəbul etdiyi preparatın dozasından, qəbul edilmə yolundan asılıdır. Abstinensiya sindromu burada tez formalaşır. Əsas psixoaktiv maddəsi opioid olan poliasılıqda abstinensiya sindromunu formalaşması çox sürətlə gedir (opioid – psixostimulyator və opioid – kokain). Belə xəstəliklər üçün yüksək proqridiyentlik xarakterdir. Əks təsirə malik preparatların birgə qəbulu zamanı formalaşan abstinensiya sindromu polimorf xarakterə malikdir.

Müxtəlif psixoaktiv maddələrin birgə qəbulu xəstəliyin kliniki şəklini dəyişir, əsas simptom və sindromların formalaşma tempinə təsir edir və bu da daha ağır tibbi, sosial nəticələrə gətirib çıxarır.

Məqalədə göstərilən məlumatları ümumiləşdirərək belə nəticəyə gəlmək olar ki, proqnoz polinarkomaniya zamanı qənaətbəxş deyil. Xəstəliyin bu formasında mononarkomaniyaya nisbətən qırıqlıqlar daha tez-tez əmələ gəlir. Remissiyalar qısamüddətli və davamsız olur. Polinarkomaniya xəstəliyi zamanı müalicəyə qarşı motivasiyanın olmaması, ağır psixi pozğunluqların olması, şəxsiyyət dəyişikliyi və intellektual enmə bu xəstəliyin proqnozunu daha da pisləşdirir.

ƏDƏBİYYAT

1. T.Ə.Qafarov, N.A.Əliyev, Z.N.Əliyev Narkologiya (dərs vəsaiti) Bakı. “Təbib” nəşriyyatı”, 2017, səh. 161-164.
2. Наркология: Национальное руководство/под ред. Н.Н.Иванца, И.П. Анохиной, М.А.Винниковой – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008 – С. 428-436
3. Рохлина М.Л. Наркомании. Токсикомании. Психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ. – М. : Литтерра 210 – 255 С.
4. European Drug Report 2015 Trends and Developments EMCDDA, Lisbon, June 2015. <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edz/trends-developments/2015>

Особенности наркоситуации в г.Баку

Мамедов П.П., Мустафаяев А.М.

Bakı şəhərində narkotik vəziyyətinin xüsusiyyətləri

Mamedov P.P., Mustafayev M.A

Features of the drug situation in Baku

Mamedov P.P., Mustafayev M.A

Республиканский наркологический центр МЗ Азербайджанской Республики
E-mail: doktorpervin@yahoo.com

Цель: установление основных тенденций наркологической ситуации в г Баку за период с 2011 по 2015 гг .

Методы: Методом описательной статистики проведен анализ показателей заболеваемости и болезненности наркоманией на основании данных Республиканского наркологического центра Министерства Здравоохранения Азербайджанской Республики .

Результаты: Было установлено, что распространенность наркоманий в пересчете на 100 тыс . населения возросла с 490,97 чел . на 100 тыс . населения в 2011 г . до 517,96 чел . на 100 тыс . населения в 2015 г . Наиболее проблемными районами по уровню роста наркопотребителей являются Ясамальский, Сабунчинский и Насиминский районы, исключение составил Сабайльский район г . Баку, где в течение 5 лет отмечалось снижение болезненности с 517,12 до 498,72 на 100 тыс . населения . По сравнению с динамикой показателей болезненности наркоманиями, показатели первичной заболеваемости наркоманией в 2011-2015 гг . отличались уменьшением с 25,1 в 2011 г . до 21,4 на 100 тыс . населения в 2013 г ., увеличением до 25,4 на 100 тыс . населения в 2014 году и уменьшением до 24,8 на 100 тыс . населения в 2015 году .

Заключение: С 2011 г . наблюдался рост официальной болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ в г . Баку . Отмечается омоложение наркомании, низкий уровень социального функционирования и увеличение числа наркозависимых среди учащейся молодежи .

Ключевые слова: статистические данные, распространенность, заболеваемость, наркоманий, психоактивные вещества, Баку, Азербайджан .

Aim: The study was aimed to establish the main trends in the spread of drug addiction in Baku for the period from 2011 to 2015 . **Methods .** By the method of descriptive statistics analyzed data on the incidence and pain of drug addiction of the Republican Narcological Center of the Ministry of Health of the Republic of Azerbaijan .

Results: The prevalence of drug addiction in terms of 100 thousand people increased from 490 .971 in 2011 to 517 .96 in 2015 . The most problematic areas in terms of growth of drug users are Yasamal, Sabunchi and Nasimi districts, except for Sabail district of Baku, where for 5 years there was a decrease in pain from 517 .12 to 498 .72 per 100 thousand population . Compared with the dynamics of drug addiction morbidity, the primary incidence of drug addiction in 2011-2015 . differed by a decrease

from 25 .1 in 2011 to 21 .4 per 100 thousand population in 2013, an increase to 25 .4 per 100 thousand population in 2014 and again a decrease to 24 .8 per 100 thousand population in 2015

Conclusion: Since 2011, there has been an increase in official morbidity with mental and behavioral disorders due to the use of psychoactive substances in Baku . There is a rejuvenation of drug addiction, a low level of social functioning and an increase in the number of students, albeit slightly .

Keywords: *statistics, prevalence, incidence, drug addiction, psychoactive substances, Baku, Azerbaijan*

Основным, фактором, характеризующим наркологическую ситуацию в Азербайджане как сложную и социально-опасную, является беспрецедентный рост числа больных зависимых от героина и других психоактивных веществ. До 1995 г. проблема психических и поведенческих расстройств вследствие употребления психоактивных веществ в Азербайджане и в городе Баку не была столь актуальной. Традиционно население города и его поселков потребляло гашиш и опий, однако масштабы этого потребления не имели социальной значимости. В 2000 г. на диспансерном учете в республике состояло 14010 больных с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ, из которых 5700 являлись жителями г. Баку. Спустя 15 лет на 31.12.2015 г. число лиц, страдающих зависимостью от психоактивных веществ (ПАВ), увеличилось практически вдвое и составило 28555 человек, из них 11417 наркозависимых зарегистрировано в г. Баку, что составляет 39,9% от общего числа зарегистрированных.

Однако цифры официальной статистики не отражают реальной ситуации с наркопотреблением по городу Баку. Это связано с тем, что государственная статистика фиксирует лишь больных, добровольно обратившихся за наркологической помощью в государственные наркологические учреждения. Но большинство таких больных за медицинской помощью не обращаются. Это связано с типичным для всех наркологических заболеваний феноменом анозогнозии или отчуждения болезни, который, по мнению Е.В. Денисовой [2] включает отчуждение самого факта наркологического заболевания, связанных с ним медицинских и социальных последствий, а также необходимость соответствующего лечения. В связи с таким непониманием и отчуждением реальной проблемы не все лица с наркологическими заболеваниями обращаются за медицинской помощью. По данным американских исследователей, лишь 5% имеющих проблемы по поводу употребления ПАВ, признают наличие таких проблем, с чем связана высокая латентность наркологической патологии. Другой не менее важный фактор высокой латентности наркологической патологии связан с тем, что не все больные обращаются за медицинской помощью в государ-

ственные наркологические учреждения. Последние годы многие из них особенно, по разным причинам, обращаются за помощью к частнопрактикующим лекарям, врачам. В этих случаях они не регистрируются государственной медицинской статистикой и «пополняют» объемы наркологической латентности.

По экспертным, оценкам разных авторов [5, 7, 8], коэффициент наркологической латентности, отражающий соотношение числа обратившихся за медицинской помощью наркозависимых с истинным их количеством находится в диапазоне от 1:6 до 1:10, что в первую очередь определяется особенностями организации наркологической службы на конкретной территории страны. В соответствии с таким подсчетами можно предположить, что к 2016 г. в городе Баку реально было около 70-120 тыс. потребителей ПАВ.

С 2011 г. наблюдался рост официальной болезненности психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления психоактивных веществ в г. Баку, который продолжается и до настоящего времени. Этот факт роста показателей болезненности наркоманиями может быть связан с несколькими факторами, отражающими скорее всего позитивные тенденции. С одной стороны, это может быть обусловлено тем, что предпринятые на государственном уровне усилия с комплексом мероприятий по сокращению наркопотребления дали положительный эффект и лица, страдающие наркотической зависимостью стали доверять официальной наркологии и чаще обращаются за медицинской помощью в государственные наркологические учреждения.

По данным официального учета, с 2011 по 2015 гг. показатели болезненности наркоманией в г. Баку увеличились 490.97 до 517.96 случаев на 100 тыс. населения (табл. 1).

Таблица 1

Динамика болезненности психическими и поведенческими расстройствами, вследствие употребления психоактивных веществ в г. Баку (кол-во)

	Население, тыс. чел.	Кол-во зарегистрированных, чел. больных, чел.	Болезненность на 100 тыс. населения, чел.
2011	2092,374	10273	490.97
2012	2122,335	10679	503.17
2013	2150,857	10875	505.61
2014	2181,854	11072	507.46
2015	2204,230	11417	517.96

Такая же картина наблюдается и в динамике болезненности по районам города Баку.

Наши исследования показали, что наиболее проблемными районами по уровню роста наркопотребителей являются Ясамальский, Сабунчинский и Насиминский районы, исключение составил Сабаильский район г. Баку, где в течение 5 лет отмечалось снижение болезненности с 517,12 до 498,72 на 100 тыс. населения.

По мнению некоторых исследователей [2], более показательными и информативными для оценки наркоситуации являются показатели первичной заболеваемости, так как они менее инерционны, чем показатели болезненности. По сравнению с динамикой показателей болезненности наркоманиями, показатели первичной заболеваемости наркоманией в 2011-2015 гг. отличались уменьшением с 25,1 в 2011 г. до 21,4 на 100 тыс. населения в 2013 г., увеличением до 25,4 на 100 тыс. населения в 2014 году и вновь уменьшением до 24,8 на 100 тыс. населения в 2015 году (таблица 2).

Таблица 2

Динамика первичной заболеваемости наркоманией в г. Баку

	Население, тыс. чел.	Кол-во больных, впервые взятых на учет, чел.	Заболеваемость на 100 тыс. населения, чел.
2011	2092,374	526	25,1
2012	2122,335	513	24,2
2013	2150,857	437	21,4
2014	2181,854	468	25,4
2015	2204,230	547	24,8

С 2011 по 2015 гг. на фоне увеличения показателей болезненности наркоманиями показатели первичной заболеваемости психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ колебались в интервале от 25,1 до 24,8 на 100 тыс. населения с явной тенденцией к снижению показателя в динамике. Однако следует отметить, что в отличие от динамики заболеваемости по г. Баку в Ясамальском и Хазарском районах в динамике был отмечен рост заболеваемости наркоманией.

Однако так же, как и показатели болезненности наркоманиями, показатели первичной заболеваемости не отражают реальной наркоситуации, поскольку учет государственной статистики происходит на ос-

новании данных, полученных по добровольной обращаемости наркозависимых только в государственные наркологические учреждения.

Поскольку через территорию Азербайджана проходит маршрут мировых опийных и героиновых наркотраффиков, за счет огромных масштабов транзита часть наркотиков неизбежно оседает на территории страны и в Баку в том числе (таблица 3).

Таблица 3

Структура психических и поведенческих расстройств, вследствие употребления психоактивных веществ в г. Баку.

Годы		2011	2012	2013	2014	2015
Население, тыс. чел.		2092,374	2122,335	2150,857	2181,854	2204,230
Кол-во наркозависимых, чел.		10273	10679	10875	11072	11417
от гашиша	абс.	2325	2408	2475	2656	2555
	%	22,6%	22,5	22,8	23,9	22,4
от опия	абс.	332	80	91	36	63
	%	3,2	0,7	0,8	0,3%	0,6%
от героина	абс.	7610	8182	8298	8706	8443
	%	74,1	76,6	76,3	78,6%	73,9%
От кокаина	абс.	0	0	0	0	0
	%	0	0	0%	0%	0%
поли-наркомант	абс.	6	9	11	19	11
	%	0,1	0,1	0,1	0,2%	0,1%

По данным Комиссии по борьбе с наркоманией и незаконным оборотом наркотических веществ Азербайджанской Республики последние 5 лет основной объем нелегального наркотраффика приходился на героин и марихуану [1], однако в 2015 г. отмечен резкий рост нелегального оборота героина, доля которого в структуре потребляемых в г.Баку наркотиков остаётся стабильно высоким и составил 55,2% от общего количества наркотических веществ, выведенных из нелегального оборота (таблица 4).

Тенденция к увеличению доли героина в общей структуре потребляемых наркотиков населением республики с 8,2% в 2011 г. до 55,2% в 2015 г. косвенно свидетельствует о продолжающемся увеличении объемов героинового наркотраффика, проходящего по территории Азербайджана.

Именно за счет оседания транзитного героина из потребления постепенно вытесняется традиционный для страны кустарный опий, на потребление которого в 2011 г. приходилось 17,8%, а в 2015 году - только 10,6% всех наркотиков. Кроме того, отмечается снижение уровня незаконного оборота традиционного для населения г. Баку гашиша (с 47,2% в 2011 до 1,9% в 2015 году) и увеличение потребления марихуаны (с 23,1% в 2011 году до 61,9% в 2014 и 30,4% в 2015 году).

Таблица 4

Распределение психоактивных веществ, выведенных из нелегального оборота в Азербайджанской Республике в 2011-2015 гг.

Название наркотических и психотропных веществ	2011		2012		2013		2014		2015	
	Кол-во (в граммах)	%	Кол-во (в граммах)	%	Кол-во (в граммах)	%	Кол-во (в граммах)	%	Кол-во (в граммах)	%
Всего	1.351.447	100	1.127.831	100	1.323.949	100	1.127.396	100	2.150.508	100
Героин	109.756	8,2	100.766	8,9	296.127	22,4	80.312	7,1	1.186.270	55,2
Опий	240.421	17,8	170.277	15,1	327.140	24,7	240.098	21,3	225.545	10,6
Гашиш	638.456	47,2	379.396	33,6	153.948	11,6	57.863	5,1	42.211	1,9
Марихуана	312.468	23,1	476.376	42,2	487.286	36,8	698.636	61,9	654.082	30,4
Метамфетамин	615	0,04	304	0,02	-	-	-	-	-	-
Метадон	90	0,01	100	0,01	-	-	-	-	-	-
Другие	49.520	3,7	413	0,04	59.448	4,5	50.424	4,5	42.400	1,9
Кокаин	121	0,01	199	0,02	-	-	63	0,01	-	-

Изучение социально-демографических характеристик наркозависимых в г. Баку, показало что имеет свои особенности.

Среди зарегистрированных больных наркоманией число женщин в период с 2011 по 2015 гг. имело хотя и незначительную, но все-таки тенденцию к постепенному увеличению доли женщин в структуре общей болезненности наркоманиями (таблица 5).

Это соответствует общемировым тенденциям, где последние годы фиксируется угрожающая тенденция роста показателей заболеваемости и болезненности наркоманией среди женщин [3].

Несмотря на увеличение роста заболеваемости наркоманией среди женщин в г. Баку, в тоже время сопоставимого с аналогичными показателями по другим странам, этого не произошло, доля зарегистрированных

больных наркоманией женщин от общего числа наркозависимых за эти годы (2011 по 2015 гг.) остаются сравнительно низкими и составляет всего, 5,2%-5,4%, а соотношение состоящих на учете мужчин и женщин составило 1:18 и 1:19.

Таблица 5

**Соотношение мужчин и женщин, состоящих на
наркологическом учете в г. Баку**

Годы	Число мужчин, состоящих на уче-	Число женщин, состоящих на	Соотношение мужчин и женщин, состоящих на учете
2011	9762	511	1:19
2012	10151	528	1:19
2013	10336	539	1:19
2014	10507	565	1:18
2015	10825	592	1:18

Это связано с социальным и этнокультуральным статусом женщин азербайджанок, установленными нормами поведения, а также с влиянием исламского мировоззрения в решении гендерных вопросов. Комплексное влияние этих факторов положительно влияет на формирование анти-наркотической устойчивости среди женщин-азербайджанок.

На фоне общемировой тенденции омолаживания наркомании [4, 6, 9] в г. Баку возрастная структура наркозависимости последние годы была примерно такой же. С 2011 г. отмечено последовательное увеличение относительного числа наркозависимых в возрасте 14-29 лет (с 9,9 до 13,8%) и 30-44 лет (с 26,3 до 28,4%); при одновременном уменьшении доли наркозависимых в возрастной категории 45-60 лет с 39,1 до 33,8% и старше 60 лет 24,7 до 24% (таблица 6).

Наряду с «омоложением» наркомании за этот, же период времени произошло снижение показателей первичной заболеваемости наркоманиями. Это может быть связано с тем, что за счет эффективности проводимых лечебно-реабилитационных мероприятий увеличивается обращаемость более молодых наркоманов за лечением и как следствие этого увеличивается их число. Вторым фактором, определяющим «омоложение» наркоманий, является изменение особенностей модели потребления наркотиков, в соответствии с которой опиоиды, которые, ранее традиционно для региона, являлись наркотиками зрелого возраста, становятся приоритетными для молодого поколения.

Таблица 6

Основные социально-демографические показатели потребителей психоактивных веществ, состоящих на диспансерном учете в г. Баку

		2011	2012	2013	2014	2015
Население (тыс. чел.)		2092,374	2122,335	2150,857	2181,854	2204,230
Число больных, состоящих на учете: из них		10273	10679	10875	11072	11417
Учащиеся	Общее	2	4	6	6	6
	%	0,03	0,03	0,06	0,02	0,05
Студенты	Общее	6	8	19	54	47
	%	0,07	0,07	0,14	0,48	0,45
Работающие	Общее	1377	1895	1899	1836	2113
	%	13,4	17,7	17,5	16,6	18,5
Безработные	Общее	8887	8772	8951	9176	9251
	%	86,5	82,2	82,3	82,9	81,0
Разделение больных, состоящих на учете в г. Баку по возрасту						
14-29	Общее	1024	1152	1282	1436	1575
	На 100	48.94	54.28	59.60	65.82	71.45
	%	9,9	10,8	11,8	12,9	13,8
30-44	Общее	2704	2662	2840	2979	3242
	На 100	129.23	152.43	132.04	136.54	147.08
	%	26,3	24,9	26,1	26,9	28,4
45-59	Общее	4007	3629	3704	3782	3860
	На 100	191.51	170.99	172.21	173.34	175.12
	%	39,1	33,9	34,1	34,2	33,8
60+	Общее	2538	3236	3049	2875	2740
	На 100	121.30	152.47	141.76	131.77	124.31
	%	24,7	30,2	28,0	26,0	24,0
Всего	Общее	10273	10679	10875	11072	11417
	На 100	490.97	503.17	505.61	507.46	517.96
	%	100	100	100	100	100

На основе этого анализа можно судить о некоторой стабилизации наркомании по данным официального учета. Однако этот факт, прежде

всего, связан с тем, что контингент больных, состоящих на официальном учете наркологических учреждений - это в основном злоупотребляющие называемыми тяжелыми наркотиками, в данном случае — опиоидами, в частности героином и, естественно, это не отражает возрастную структуру всей совокупности потребителей наркотических средств. В группе потребителей наркотиков, которые не обращаются за медицинской помощью, преобладают потребители гашиша, галлюциногенов, экстази, амфетамина, синтетических канабиноидов (Спайс, Бонзай), то есть наркотических средств, потребление которых в основном модно для молодежи, и, естественно, возрастная структура потребителей этих наркотиков отличается от данных официального учета.

Наряду с этим интерес представляет динамика распространенности синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) среди населения республики, т.к. известно, что основными группами риска являются лица, употребляющие инъекционные наркотические вещества (таблица 7).

Таблица 7

Динамика распространения СПИД-а в Азербайджанской Республике

Годы	2011	2012	2013	2014	2015
Общее число	3154	3656	4149	4735	5439
Женщины	576	731	913	1138	1362
Мужчины	2578	2925	3236	3597	4077
Потребители инъекционных наркотиков	1980	2197	2400	2587	2743
%	62,8	60,1	57,8	54,6	50,4
Из них:					
Мужчины	1954	2163	2360	2544	2699
Женщины	26	34	40	43	44

Как видно из данных таблицы за исследуемый период отмечается значительное увеличение числа (в 1,7 раз) лиц, зараженных СПИД-ом, причем среди лиц женского пола данный показатель составил 2,4 раза, в то время как среди лиц мужского пола он составил 1,5 раза. Вместе с тем, наши данные подтвердили, что значительное число лиц со СПИД-ом составляют потребители инъекционных наркотических веществ (данный показатель колеблется в пределах 62,8% в 2011 году и 50,4 в 2015 году), при этом отмечено увеличение лиц как мужского, так и женского пола.

Больные наркоманией отличаются низкими показателями социальной адаптации и социального функционирования: многие из них нигде не

работают, хотя этот показатель в динамике уменьшился с 86,5% в 2011 году до 81,0% в 2015 году (табл. 6). Наряду с этим, следует отметить, что в исследуемый период наблюдается увеличение числа учащихся средних (с 0,03 в 2011 году до 0,05 в 2015 году) и высших учебных заведений (с 0,07% в 2011 году до 0,45 в 2015 году).

Таким образом, по данным наркологических учреждений г. Баку с 2000 года по 2015 гг. число учтенных наркозависимых увеличилось почти в 2 раза. Распространенность наркоманий в пересчете на 100 тыс. населения возросла с 490.971 в 2011 г. до 517.96 в 2015 г. Напряженность наркоситуации по отдельным районам г. Баку существенно отличается. Наиболее проблемными районами по уровню роста наркопотребителей являются Ясамальский, Сабунчинский и Насиминский районы, исключение составил Сабаильский район г. Баку, где в течение 5 лет отмечалось снижение болезненности с 517,12 до 498,72 на 100 тыс. населения. Отмечается омоложение наркомании, низкий уровень социального функционирования и увеличение числа, хотя и незначительно, учащейся молодежи.

Использованная литература

1. Azərbaycan Respublikasında narkotiklərə nəzarət sahəsində 2013-2016 ilər üçün Ölkə Məruzələri. Bakı, 2013, 2014, 2015, 2016.
2. Денисова Е.В. Этнокультуральные аспекты диагностики и медико-социальной реабилитации наркозависимых / Е.В. Денисова // Рос. психиатрич. журн. - 2004. - Т. 10, №1. - С. 25 - 28.
3. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2005. год // Наркол. - М., 2006. - №10.
4. Иванец Н.Н. Клинико-эпидемиологические особенности наркологических заболеваний / Н.Н. Иванец, Е.А. Кошкина // Психиатрия и общество: сб. науч. раб., посвящ. 80-летию ГНЦ социал. и судеб. психиатрии им. В.П. Сербского / Под ред. Т.Б. Дмитриевой [и др.]. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001.-С. 64-74.
5. Информационный бюллетень о наркоситуации за 2005 год; Центрально-азиатский регион. - Ташкент, 2005. — 48 с.
6. Каражанова А.С. Особенности формирования зависимостей от психоактивных веществ в детском возрасте. Клинические и социально-психологические аспекты: автореф: дис. ... канд. мед. наук: 14Ю0;18 / Каражанова А.С.-Алматы, 2004.-34 с.
7. Катков А.Л. Наркологическая служба Республики Казахстан, проблемы, пути совершенствования / А.Л. Катков // Вопр. наркол. Казахстана. - Павлодар, 2006. - Т. 6, №1. - с. 7 - 22.
8. И.Н. Наркомания (руководство для врачей) / Пятницкая И.Н. - М.: Медицина, 1994. - 526 с.
9. Eeong F.T., Lau A.S. Barriers to providing effective mental health services to Asian Americans / F.T. Leong, A.S: Lau // Ment. Health Serv. Res; - 2001:-VoB3;N4.-P. 201-214.

Çapa imzalanmış 31.05.2021,
Formatı 70x100 1/16,
f.ç.v. 14, ofset kağızı
Sifariş 10.

Jurnal
«APOSTROF-A»
nəşriyyatında nəşrə hazırlanmış və
ofset üsulu ilə çap olunmuşdur.
E-mail: apostrof0706@gmail.com
Tel.: 050-313-07-06 / 012-432-51-04