

*М. І. Демченко*

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова  
(м. Вінниця)

## ПСИХОЛОГІЧНІ ТА ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ХВОРИХ З ПОСТІНСУЛЬТНОЮ ДЕПРЕСІЄЮ ЯК ОСНОВА ЇХ ПСИХОТЕРАПІЇ

На основі порівняльного психодіагностичного обстеження 110 хворих на постінсультну депресію (40 пацієнтів з депресивними розладами та 30 осіб, які перенесли мозковий інсульт) встановлені психологічні та психосоціальні особливості, що є підґрунтям розвитку постінсультної депресії. Визначені три варіанти поєднання акцентуацій, які мають вплив на формування клінічної картини захворювання, та проаналізований феномен сімейної тривоги у даній категорії пацієнтів. Встановлені особливості необхідно враховувати під час розроблення терапевтичних програм для даного контингенту пацієнтів.

*Ключові слова:* постінсультна депресія, акцентуації характеру, сімейна тривога

У 2006 році ВООЗ було оголошено, що інсульт — це глобальна епідемія, яка є загрозою для життя, здоров'я та якості життя населення планети. При цьому було зазначено, що інсульт — захворювання, якому можна запобігти і яке піддається лікуванню [1, 2].

Між тим, щорічно більш як 15 млн. жителів земної кулі хворіють на мозковий інсульт (МІ). Показники захворюваності в різних країнах світу різняться. Так, у США захворюваність на МІ становить 160 випадків на 100 тис. населення, в країнах Південної Америки — від 35 до 183 на 100 тис., в Китаї — 130 на 100 тис., в Австралії — 131 на 100 тис. населення. Щорічно МІ вражає більше ніж 1 млн мешканців Європи. У середньому захворюваність на МІ в країнах Європи становить 200 випадків на 100 тис. населення. До того ж відмічається суттєва різниця між відповідними показниками в країнах Східної та Західної Європи: відповідно 200—400 та 100—200 випадків на 100 тис. населення [3].

Експерти ВООЗ вважають, що якщо суспільство не буде робити зусиль щодо профілактики захворювання, то кількість інсультів до 2025 р. може збільшитися на 30 % і в країнах Європи становитиме 1,5 млн. Така динаміка обумовлена постарінням населення планети, значною поширеністю таких факторів ризику розвитку МІ, як артеріальна гіпертензія, цукровий діабет, хвороби серця, гіперхолестеролемія, паління, зловживання алкоголем тощо [4].

Проблема МІ в нашій державі вкрай актуальна: 100—110 тис. мешканців щорічно переносять МІ. У 2008 р., за даними офіційної статистики МОЗ України, більше 107 тис. жителів країни вперше захворіли на МІ, що становить більше 280 випадків на 100 тис. населення. Причому, 35,5 % всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Якщо порівнювати цей показник з іншими країнами, то він є більшим, ніж у розвинених країнах світу (до 200 на 100 тис. населення), і майже таким, як і в країнах СНД. Так, у Росії він становить 343 на 100 тис. населення, у Білорусі — 291,8 на 100 тис. [3, 5].

Таким чином, на сьогоднішній день МІ є найважливішою медико-соціальною проблемою [1—5]. Між тим, клініко-епідеміологічні дослідження показали високу поширеність постінсультної депресії (ПІД). За даними різних авторів, частота розвитку ПІД коливається від 25 до

79 %, причому пік її поширеності припадає на відновний період через 3—6 місяців та пізніше після МІ [6—10].

Встановлено, що у пацієнтів з ПІД протягом 10 років після гострих порушень мозкового кровообігу спостерігається вища смертність порівняно з пацієнтами без депресії [6, 7, 11]; такі хворі частіше лікуються в стаціонарах і мають низький рівень життєвої активності. Таким чином, адекватне лікування депресії у пацієнтів, які перенесли МІ, є одним із важливих заходів у системі постінсультної реабілітації, що значною мірою визначає прогноз хвороби, темп та обсяг відновлення втрачених функцій, виживаність, якість життя.

Основними методами корекції ПІД є ранній початок реабілітації — кінезитерапія, психолого-корекційні та логопедичні заняття, психотерапія, оптимізація психологічного клімату в сім'ї та обов'язкове медикаментозне лікування [12, 13]. Враховуючи питому вагу психолого-корекційних та психотерапевтичних заходів в комплексному лікуванні пацієнтів з ПІД, для визначення мішеней їх дії, необхідним є встановлення психологічних та психосоціальних особливостей цих хворих.

Враховуючи вищенаведене, з метою встановлення специфічних мішеней психотерапевтичного впливу системи лікувальних заходів спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД, на базі відділення судинної патології Вінницької обласної психіатричної лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2007—2010 років нами за допомогою психодіагностичного методу з використанням методики визначення акцентуації К. Леонгарда — Г. Шмішека [14] та опитувальника «Аналіз сімейної тривоги» Е. Г. Ейдеміллера, В. Юстицькіса [15], було обстежено 140 хворих, які перенесли МІ (давність — від 9 до 18 місяців), з яких у 110 пацієнтів діагностовано ПІД (основна група, ОГ). Групу порівняння склали 40 пацієнтів з діагнозом депресивного розладу (ДР) (F 32, F 33, ГП № 1) та 30 хворих у постінсультному стані, в яких не було виявлено депресивних проявів (ГП № 2).

За отриманими даними визначалася можливість хворими сприйняти психотерапевтичний вплив та формувалися психотерапевтичні групи.

В результаті дослідження встановлено достовірну різницю в структурі переважних акцентуацій характеру серед обстежених різних груп (табл. 1). Так, серед обстежених ОГ переважала виражена акцентуація характеру у вигляді застрягання у 37 хворих (33,6 %), дистимічності у 32 хворих (29,1 %) та тривожності у 33 хворих (30,0 %) ( $p < 0,001$ ). Серед пацієнтів ГП № 1 провідною рисою акцентуацій характеру було виявлено дистимічність у 27 хворих (67,5 %), у осіб ГП № 2 — гіпертимність у 10 хворих (33,3 %) та емотивність у 10 хворих (33,3 %) ( $p < 0,001$ ).

Таким чином, хворі ОГ із акцентуацією за застрягаючим типом характеризувалися схильністю до параноїдності, яка була постійною та стійкою. У клінічному плані таким хворим у порівнянні із хворими інших груп було властиво уповільнене припинення афекту (22,2 %) ( $p < 0,05$ ), швидке оживлення та повернення емоцій (31,2 %) ( $p < 0,05$ ), довге утримання афекту без нових хвилювань (36,2 %) ( $p < 0,05$ ).

Таблиця 1

Розподіл досліджених хворих за загальною структурою акцентуації (методика Г. Шмішека)

Група	А*	Бал						Всього	
		до 12		2—18		18—24		абс.	%
		абс.	%	абс.	%	абс.	%		
ОГ (n = 110)	ДМ	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
	ЗА	—	—	—	—	37	100,0	37	33,6
	ПЕ	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
	ЗБ	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
	ГІ	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
	ДИ	—	—	—	—	32	100,0	32	29,1
	ТР	—	—	—	—	33	100,0	33	30,0
	ЕК	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
	ЕМ	2	100,0	—	—	—	—	2	1,8
	ЦИ	1	100,0	—	—	—	—	1	0,9
ГП № 1 (n = 40)	ДМ	2	100,0	—	—	—	—	2	5,0
	ЗА	2	100,0	—	—	—	—	2	5,0
	ПЕ	1	100,0	—	—	—	—	1	2,5
	ЗБ	1	100,0	—	—	—	—	1	2,5
	ГІ	1	100,0	—	—	—	—	1	2,5
	ДИ	—	—	—	—	27	100,0	27	67,5
	ТР	2	100,0	—	—	—	—	2	5,0
	ЕК	1	100,0	—	—	—	—	1	2,5
	ЕМ	2	100,0	—	—	—	—	2	5,0
	ЦИ	1	100,0	—	—	—	—	1	2,5
ГП № 2 (n = 30)	ДМ	2	100,0	—	—	—	—	2	6,7
	ЗА	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ПЕ	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ЗБ	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ГІ	—	—	—	—	10	100,0	10	33,3
	ДИ	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ТР	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ЕК	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3
	ЕМ	1	9,1	—	—	10	90,9	11	36,7
	ЦИ	1	100,0	—	—	—	—	1	3,3

Примітки: А\* — Акцентуації (ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; ГІ — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливність; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність)

Пацієнти з ПІД із акцентуацією за дистимічним типом характеризувалися нерішучістю, похмурістю. У порівнянні із пацієнтами інших груп, вони проявляли підвищену вразливість (31,2 %) ( $p < 0,05$ ), відносну емоційну нестабільність (22,4 %) ( $p < 0,05$ ) та небажання спілкуватися (34,1 %) ( $p < 0,05$ ). На тлі вираженості дистимічних рис діагностовано понижено самооцінку (42,2 %) ( $p < 0,05$ ) та підвищену сензитивність (43,2 %) ( $p < 0,05$ ).

Хворі ОГ із акцентуацією за тривожним типом, на відміну від пацієнтів інших груп, характеризувалися боязкістю (26,0 %) ( $p < 0,05$ ), невпевненістю у собі (22,1 %) ( $p < 0,05$ ). У них був присутній компонент покірності (25,2 %) ( $p < 0,05$ ), приниженості (27,4 %) ( $p < 0,05$ ). Виявлялася надмірна компенсація у вигляді

самовпевненої поведінки (28,1 %) ( $p < 0,05$ ), лякливості (26,2 %) ( $p < 0,05$ ). Пацієнти характеризувалися зниженою контактністю (28,0 %) ( $p < 0,001$ ), зниженим настроєм (32,2 %) ( $p < 0,001$ ), реакцією страху на ставлення до них оточуючих (27,2 %) ( $p < 0,001$ ), полярною зміною настрою (26,0 %) ( $p < 0,001$ ). В цілому такі пацієнти виявляли ознаки внутрішнього хвилювання з будь-якого приводу, були невпевненими у собі ( $p < 0,05$ ), своїх роздумах та вчинках ( $p < 0,05$ ). Невпевненість у собі призводила до появи певної потреби щодо дружньої підтримки з боку оточуючих, однак у взаємовідносинах з людьми такі особи почували себе нерішуче, були надто стриманими у власних емоціях.

Хворі ГП № 1 із вираженою акцентуацією за дистимічним типом також характеризувалися схильністю до підвищеної вразливості (37,2 %) ( $p < 0,05$ ), відносної емоційної нестабільності (17,1 %) ( $p < 0,05$ ), песимістичної настроєності (29,0 %) ( $p < 0,05$ ), були замкнуті та не спілкувалися із оточуючими (22,6 %) ( $p < 0,05$ ).

Особи ГП № 2 із наявністю акцентуації за гіпертимним типом, на відміну від пацієнтів інших груп, характеризувалися як такі, що їм бракує почуття дистанції у відносинах з іншими (22,0 %) ( $p < 0,001$ ), вибухами гніву та роздратуванням (24,2 %) ( $p < 0,001$ ). В цілому ці хворі характеризувалися тенденцією постійно відхилятися від теми розмови (23,1 %) ( $p < 0,001$ ); в багатьох випадках надмірна веселість переходила у дратівливість (21,4 %) ( $p < 0,001$ ).

Обстежені ГП № 2 із вираженою акцентуацією за емотивним типом характеризувалися схильністю до чутливості (24,5 %) ( $p < 0,001$ ), м'якосердості (32,4 %) ( $p < 0,001$ ), підвищеної слізливості (43,2 %) ( $p < 0,001$ ). Ймовірно, механізм легкого відреагування негативних емоційних переживань був одним з факторів превенції розвитку в них ПІД після перенесеного МІ.

З розподілу досліджених хворих за середнім балом вираженості акцентуєваних рис (табл. 2) видно, що серед обстежених пацієнтів ОГ переважали хворі із застряганням (22 бали), дистимічністю (21 бал) та тривожністю (22 бали); серед хворих ГП № 1 діагностовано переважання дистимічності (20 балів), а у пацієнтів ГП № 2 — гіпертимності (20 балів) та емотивності (18 балів) ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 2

Розподіл досліджуваних хворих за середнім балом виразності особистісних рис

Група	Рівень у балах	Шкали									
		ДМ	ЗА	ПЕ	ЗБ	ГІ	ДИ	ТР	ЕК	ЕМ	ЦИ
ОГ (n = 110)	< 12	12	—	12	12	12	—	—	12	12	12
	12—18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	18—24	—	22	—	—	—	21	22	—	—	—
ГП № 1 (n = 40)	< 12	12	12	12	12	12	—	12	12	12	12
	12—18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	18—24	—	—	—	—	—	20	—	—	—	—
ГП № 2 (n = 30)	< 12	12	12	12	12	—	12	12	12	—	12
	12—18	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	18—24	—	—	—	—	20	—	—	—	18	—

Умовні позначення шкал: ДМ — демонстративність; ЗА — застрягання; ПЕ — педантичність; ЗБ — збудливість; ГІ — гіпертимність; ДИ — дистимічність; ТР — тривожно-боязливність; ЕК — екзальтованість; ЕМ — емотивність; ЦИ — циклотимність

Такий розподіл пацієнтів не є несподіваним, тому що виявлені у процесі збору анамнестичні дані щодо життєдіяльності хворих підтверджують результати психодіагностичного дослідження. За результатами аналізу вдалося виокремити такі характеристики хворих ОГ, що впливають на розвиток та перебіг ПІД, а саме:

- 1) підвищена тривожність у дохворобливому стані;
- 2) неспецифічний тип соціального реагування (поведінки) — «підвищена схильованість» із елементами демонстративності або агресивності;
- 3) ригідність негативного афекту, на тлі якого підсилюється соматовегетативна психопатологічна симптоматика.

За результатами узагальнення та аналізу отриманих результатів встановлено три варіанти сполучення типів акцентуацій у хворих на ПІД (рис. 1). Усі виокремлені варіанти структури проявів мали «провідну» акцентуацію. На відміну від «стандартних» акцентуацій, у разі поєднання (змішаних акцентуацій) «провідна» акцентуація у обов'язковому порядку «базувалася» на інших типах акцентуацій. Тобто, у дослідженні чітко виявлялися риси «провідної» та «базових» акцентуацій. До базових віднесені акцентуації, прояв яких оказувало постійний та значний вплив на емоційно-поведінкову сферу пацієнта.

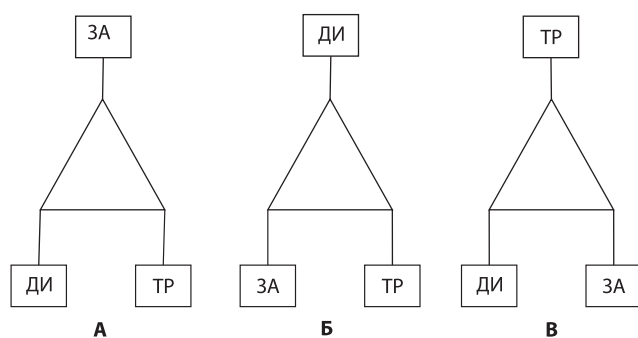


Рис. 1. Варіанти сполучення типів акцентуєваних рис у хворих ОГ

*Перший варіант (А):* «провідна риса» — застрягання, базові риси — дистимічна та тривожна. Провідною виявлено схильність до застрягання афекту, до маревних реакцій. Пацієнти в цілому були люди педантичні, злопам'ятні, які довго пам'ятали образи, сердилися, ображались. Нерідко на цьому ґрунті з'являлися нав'язливі ідеї. Хворі були дуже спрямовані, «вперті», інколи проявляли спалахи афекту та агресії. Першою базовою рисою була дистимічність, яка проявлялася схильністю до зниженого настрою, песимізму, похмурим поглядом на речі, стомлюваністю. Хворі швидко виснажувалися у контактах і віддавали перевагу бути на самоті. Другою базовою рисою діагностовано тривожність. Хворі відзначали високий рівень конституційної тривожності, невпевненість в собі, хворобливі тривожні побоювання за власний стан та ставлення до них оточуючих, що провокувало ще більш виражені тривожні психопатологічні прояви.

*Другий варіант (Б):* «провідна риса» — дистимічна, базові риси — застрягання та тривожність. Провідною встановлено схильність до розладів настрою: протягом життя для пацієнтів було характерним загальне зниження настрою, песимістичний погляд на речі, які набували клінічної окресленості депресивного тла після перенесеного МІ. Специфічність реагування в цьому

випадку надавала комбінація інших акцентуєваних рис — застрягання і тривожності. В ряді випадків підвищена тривожність у хворих призводила до неприємних ситуацій, пов'язаних з неможливістю адекватного соціального пристосування, пацієнти були слабкі та безпорадні. У свою чергу, риси застрягання призводили до того, що пацієнти не могли «винести» таке становище, вони всіляко прагнули витіснити «неприємності», зачепити їхнє самолюбство дуже легко.

*Третій варіант (В):* «провідна риса» — тривожна; базові риси — дистимічна та застрягання. Такі пацієнти протягом життя характеризувалися як невпевнені в собі, такі, що не вірять у власні здібності, з прагненням уникнути відповідальності з будь-якого приводу, недооцінкою власних можливостей, з мотивацією уникнення негараздів, з побоюванням будь-яких подій та вчинків зі свого боку, тривогою щодо можливих негараздів стосовно себе та оточуючих, відсутністю механізмів елімінації тривоги, «притягненням» до себе і близьких реалізації власних страхів та побоювань. Базові риси дистимічність та застрягання проявлялися коливанням настрою та перманентним невдоволенням усім оточуючим, з негативною та песимістичною оцінкою дійсності, ригідністю. В цілому, у психологічному плані пацієнти були «слабкі» та безпорадні, самозакохані, що почасти призводило до декомпенсації.

Виокремлені характеристики змішаних варіантів акцентуацій у хворих на ПІД були покладені у основу під час розроблення психотерапевтичних заходів в системі заходів спеціалізованої психіатричної допомоги даній категорії пацієнтів.

Наступним етапом у дослідженні стало вивчення психосоціальних предикторів виникнення депресії у пацієнтів, які перенесли МІ. Так, у процесі дослідження оцінено родинні відносини, а саме — рівень емпатичних здатностей пацієнтів. За результатом аналізу визначено взаємовплив сімейних дезадаптуючих чинників на функціонування пацієнтів. В цілому, за результатами дослідження між групами обстежених хворих встановлені істотні розбіжності за психосоціальними чинниками дезадаптації, як за частотою їх зустрічальності, так і за ступенем виразності.

Для оцінки розуміння, емоційної привабливості та поваги у родині пацієнтів, а також встановлення загального тривожно-депресивного фону пацієнтів, пов'язаних з їх позиціями у родині та визначення наявності та вираженості емоційних переживань сімейної провини, тривожності та напруження, використано опитувальник «Аналіз сімейної тривоги» (АСТ) [15].

Отримані результати досліджень сімейної тривоги були покладені в основу системи (комплекс заходів) спеціалізованої психіатричної допомоги хворим на ПІД. Оцінювання надало можливість отримати інформацію щодо особливостей спілкування хворих, якості особистісного життя, засобів проведення відпочинку, інтересів та цінностей, дослідити морально-психологічні основи відносин у родині.

В цілому у родині емоційний стан хворих характеризувався як вкрай нестійкий: хворі були капризні, плаксиві, дратівливі, збуджені та агресивні. Деякі хворі виявляли байдуже ставлення до власного стану (лежали в ліжку або бездумно дивилися телевизор), були безпорадні в житті родини. Пацієнти відчували моральні страждання, тяжко переживали позбавлення від звичайного способу життя, сором та провину за свій безпорадний стан, страх бути тягарем для рідних,

тривогу, що залишиться інвалідом, тугу від нерухомості та ізоляції. Провідною психологічною проблемою у пацієнтів, яка викликала тривогу, були хвилювання щодо залежності від оточуючих (близьких). Усі перелічені причини призводили до появи депресивного стану у хворого. Так, пацієнти не вірили у одужання, втрачали цікавість до життя, до близьких, були до рідних брутальні, сварливі у поведінці. Хворі відштовхували допомогу близьких.

Виходячи із наявності «хворобливого сімейного стану», який мав місце у родині з хворим на ПІД, у філософію використання даної методики нами було покладено загальне ствердження, що спілкування і добрі взаємовідносини у родині є основою сімейного благополуччя й включають важливу функцію — забезпечення особистого комфорту собі й членам родині. Згідно з визначенням авторів методики [15], під сімейною тривогою ми розуміли стан тривоги у членів сім'ї, якій тяжко усвідомлювався й важко локалізувався. Провідними ознаками даного типу тривоги були наявність, страхів, побоювань, сумнівів щодо здоров'я членів родини. В основі родинної тривоги було неусвідомлювання (невпевненість) хворих у різних аспектах життя. Почасту у хворих важливими складовими сімейної тривоги виявлялося відчуття безпорадності і нездатності втручатися у перебіг подій у родині. Хоча, почасти пацієнти оказували реальний вплив на функціонування родини (зберігали важливі позиції у родині), вони мали «сімейно-обумовлену тривогу», тобто не відчували себе значимою дійовою особою у родині.

Результати дослідження структури сімейної тривоги у хворих у досліджуваних групах значно різняться (табл. 3).

Таблиця 3

Структура сімейної тривоги у хворих (опитувальник АСТ)

Відповідь за субшкалами	Групи					
	ОГ (n = 110)		ГП № 1 (n = 40)		ГП № 2 (n = 30)	
	N	% ± m	N	% ± m	N	% ± m
<b>Провина:</b>						
Так	59	53,6 ± 5,0	33	82,5 ± 3,8	5	16,7 ± 3,7
Ні	49	44,5 ± 5,0	5	12,5 ± 3,3	24	80,0 ± 4,0
Не знаю	2	1,8 ± 1,3	2	5,0 ± 2,2	1	3,3 ± 1,8
<b>Тривожність:</b>						
Так	78	70,9 ± 4,5	18	45,0 ± 5,0	4	13,3 ± 3,4
Ні	30	27,3 ± 4,5	18	45,0 ± 5,0	25	83,3 ± 3,7
Не знаю	2	1,8 ± 1,3	4	10,0 ± 3,0	1	3,3 ± 1,8
<b>Напруження:</b>						
Так	79	71,8 ± 4,5	15	37,5 ± 4,8	4	13,3 ± 3,4
Ні	28	25,5 ± 4,4	21	52,5 ± 5,0	13	43,3 ± 5,0
Не знаю	3	2,7 ± 1,6	4	10,0 ± 3,0	13	43,3 ± 5,0

Так, у пацієнтів ОГ провідним виявлено переважаючу структуру тривожності показників за субшкалою тривожності «Т — тривожність» — 78 (70,9 ± 4,5 %) та субшкалою «Н — напруження» — 79 (71,8 ± 4,5 %) ( $p < 0,05$ ). У пацієнтів ГП № 1, відповідно, за субшкалою «П — провина» 33 (82,5 ± 3,8 %) ( $p < 0,05$ ). Виявлені показники класифіковані, як клінічно оформлені психопатологічні

симптоми (показник вище 14 балів). Серед хворих ГП № 2 при діагностуванні ознак провини, тривожності та напруження клінічно оформлених психопатологічних симптомів (середній бал 5 та вище, а загальний рівень сімейної тривоги вище 14 балів) не виявлено ( $p < 0,05$ ). Враховуючи вищевикладений розподіл показників сімейної тривоги за структурою, досліджено рівень загальної сімейної тривожності у хворих у досліджуваних групах (рис. 2).

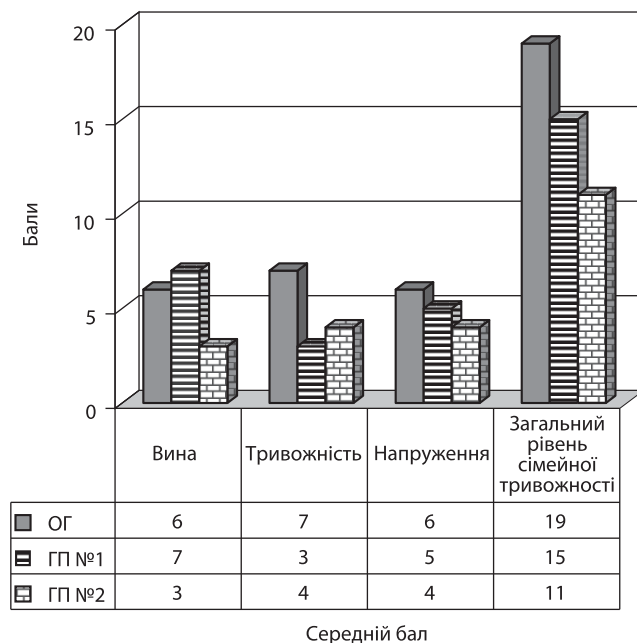


Рис. 2. Розподіл сімейної тривоги у хворих (опитувальник АСТ)

За аналізом отриманих даних (див. рис. 2) можна зазначити, що хворим ОГ із загальним балом (14 та більше) за субшкалою «В — вина» було властиво підвищене відчуття відповідальності за неможливість повною мірою впливати на функціонування родини. Прояви вини формували вже клінічно окреслені симптоми тривожності (середній бал 7,0), яка, у свою чергу, призводила до загального напруження, яке як сформований клінічний феномен (середній бал 6,0) відзначали 79,0 % пацієнтів ( $p < 0,05$ ). Для хворих ГП № 1 із підвищеним загальним балом (14 та більше) за субшкалою «В — вина» було властиво відчуття провини перед родиною за неможливість повністю виконувати сімейні обов'язки, що з часом призводило до розвитку клінічно окресленого феномену напруження «Н — напруження» (середній бал 5,0) ( $p < 0,05$ ).

Виявлені особливості покладено в основу психотерапевтичних заходів під час надання спеціалізованої психіатричної допомоги хворим в стані ПІД.

Список літератури

1. Волошин, П. В. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга / П. В. Волошин, В. И. Тайцлин. — М.: МЕДпресс-информ, 2005. — 688 с.
2. Мищенко, Т. С. Когнитивные и аффективные нарушения у постинсультных больных и возможности их коррекции / Т. С. Мищенко, Л. Ф. Шестопалова // Международный неврологический журнал. — 2007. — № 2 (12). — С. 26—30.

3. Міщенко, Т. С. Судинні захворювання головного мозку: ситуація в світі та в Україні [Електронний ресурс] / Т. С. Міщенко // *Therapia*. — 2009. — № 12 (42). — Режим доступу до журн.: <http://therapia.ua/therapia/2009/12/sudynni-zakhvoryuvannya-holovnoho-mozku-sytuatsiya-v-sviti-ta-v-ukrayini>.
4. Зогуля, І. С. Профілактика судинних захворювань головного мозку [Електронний ресурс] / І. С. Зогуля // *Ваше здоров'я*. — 2011. — № 18. — Режим доступу до журн.: <http://www.vz.kiev.ua>.
5. Міщенко, Т. С. Прогнозування наслідків ішемічного інсульту / Т. С. Міщенко, О. Д. Шульга // *Укр. вісник психоневрології*. — 2009. — Т. 17, вип. 1 (58). — С. 23—26.
6. Depression after stroke-analysis of 297 stroke patients / [M. Hayee, N. Akhtar, A. Haque, M. Rabbani] // *Bangladesh Med. Res. Counc. Bull.* — 2001. — Vol. 27. — P. 96—102.
7. Корсунская, Л. Л. Депрессия у постинсультных больных / Л. Л. Корсунская, Г. М. Кушнир // *Таврический журнал психиатрии*. — 2003. — Т. 7, № 3. — С. 21—22.
8. Frequency of depression after stroke: a systematic review of observational studies / [M. Hackett, C. Yapa, V. Parag, C. Anderson] // *Stroke*. — 2005. — Vol. 6. — P. 1330—1340.
9. Thompson, H. S. The impact of stroke consequences on spousal relationships from the perspective of the person with stroke /

H. S. Thompson, A. Ryan // *Journal of Clinical Nursing*. — 2009. — Vol. 18 (12). — P. 1803—1811.

10. Семенихина, В. Е. Структура непсихотических психических расстройств у инвалидов, перенесших мозговую инсульт / В. Е. Семенихина // *Таврический журнал психиатрии*. — 2010. — Т. 13, № 2. — С. 23—28.
11. Quantification of the risk of post stroke depression: the Italian multicenter observational study DESTRO / S. Paolucci, C. Gandolfo, L. Provinciali [et al.] (on behalf of DESTRO Study Group) // *Acta Psychiatr. Scand.* — 2005. — Vol. 112. — P. 272—278.
12. Марута, Н. А. Новые возможности терапии депрессивных расстройств / Н. А. Марута // *Здоров'я України*. — 2008. — № 7/1 (додатковий). — 5 с.
13. Михайлов, Б. В. Медико-психологическая реабилитация больных в остром периоде инфаркта миокарда и мозгового инсульта / Б. В. Михайлов, О. В. Черная // *Судинні захворювання головного мозку*. — 2006. — № 4. — С. 18—20.
14. Практическая психодиагностика. Методики и тесты : уч. пособие. — Самара: Издательский дом «БАХРАХ-М», 2001. — 672 с.
15. Эйдемиллер, Э. Г. Психология и психотерапия семьи / Э. Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. — Питер, 1999. — 656 с.

Надійшла до редакції 29.02.2012 р.

**М. И. Демченко**

*Винницкий национальный медицинский университет  
им. М. И. Пирогова (г. Винница)*

**Психологические и психосоциальные  
характеристики больных с постинсультной  
депрессией как основа их психотерапии**

На основе сравнительного психодиагностического обследования 110 больных постинсультной депрессией, 40 пациентов с депрессивными расстройствами и 30 человек, перенесших мозговую инсульт, установлены психологические и психосоциальные особенности, которые являются предикторами развития постинсультной депрессии. Определены три варианта сочетаний акцентуаций, влияющих на формирование клинической картины заболевания, и проанализирован феномен семейной тревоги у данной категории пациентов. Установленные особенности необходимо учитывать при разработке терапевтических программ для данного контингента пациентов.

*Ключевые слова:* постинсультная депрессия, акцентуации характера, семейная тревога.

**M. Demchenko**

*Vinnitsya National Medical University named after M. I. Pyrogov  
(Vinnitsya)*

**Psychological and psychosocial characteristics  
of patients with post-stroke depression  
as the basis of their psychotherapy**

Based on comparative psychodiagnostic examination of 110 patients with post-stroke depression, 40 patients with depressive disorders and 30 people who have suffered stroke, established psychological and psychosocial characteristics that underlie the development post-stroke depression. Identified three options for combining accentuations that have influence on the clinical disease, and analyzed the phenomenon of family anxiety in this category of patients. Established by features must be considered when developing therapeutic programs for this group of patients.

*Key words:* post-stroke depression, accentuation of character, family anxiety.

УДК 615.015.6:616.89-008.441.33

*В. В. Златковський, практичний психолог, здобувач каф. психотерапії ХМАПО  
Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)*

**ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ НАРКОТИЧНОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ  
У ХВОРИХ З ЗАЛЕЖНІСТЮ ВІД ПСИХОАКТИВНИХ РЕЧОВИН**

Стаття присвячена медико-психологічному дослідженню особливостей емоційної сфери пацієнтів, які страждають від найбільш поширених варіантів хімічної залежності. Розглянуто основні чинники хімічної залежності, особливості порушень психоемоційної сфери в осіб з хімічною залежністю. Розроблено етапи проведення медико-психологічної реабілітації хворих з хімічною залежністю.

*Ключові слова:* чинники наркотичної залежності, психоемоційна сфера, медико-психологічна реабілітація, психосоціальна реабілітація, комплайнс.

В Україні спостерігається стійка тенденція до збільшення соціально-детермінованої непсихотичної патології в структурі психічних захворювань. Деякі автори [1—3, 7] повідомляють про зростання залежності від психоактивних речовин серед населення України.

У спеціальній наркологічній та медико-психологічній літературі адикції розглядаються переважно з позицій патоперсонології як окремий варіант аномального особистісного реагування з формуванням прагнення до відходу від реальності за допомогою штучної зміни свого психічного стану. Необхідність вивчення поєднаних форм соціальних розладів поведінки і залежності від ПАР обумовлено значним їх розповсюдженням [5—6]. Терапія й реабілітація хворих з психічними і поведінковими розладами у результаті наркозалежності здобуває все більшу актуальність у вітчизняній наркології, особливо у світлі недавніх досліджень, які переконливо продемонстрували низьку ефективність детоксичних заходів. Наведені дані обумовлюють необхідність розроблення комплексної системи корекції порушень соціальної поведінки і залежності від психоактивних речовин в популяції.

© Златковський В. В., 2012