

**ТЕЗИ ДОПОВІДЕЙ
НАУКОВОГО СИМПОЗІУМУ З МІЖНАРОДНОЮ УЧАСТЮ «МОЗОК ТА СТРЕС»,
1—2 жовтня 2015 р., м. Дніпропетровськ**

УДК 616.89:616.45-001.1/3:616-001:617.75

Ц. Б. Абдрахімова

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

Клінічна варіативність неспсихотичних психічних розладів та рівень посттравматичного стресу у осіб з частковою втратою зору травматичного генезу

На ґрунті порівняльного соціально-демографічного, клініко-психопатологічного, психодіагностичного, нейрофізіологічного аналізу, на базі профільних клінік травми ока, обстежено 400 осіб (чоловіків) з частковою втратою зору травматичного генезу (ЧВЗТГ), визначено клінічні критерії неспсихотичних психічних розладів (НПР) у даного контингенту.

У всіх хворих спостерігалися прояви депресії та патологічної тривоги, які різнилися як за розповсюдженістю, так і за клінічним змістом. У частини респондентів вони були мозаїчними та такими, що не досягали клінічно окресленого рівня (200 осіб, група порівняння, ГП), а в інших, навпаки, мали дуже значну вираженість (200 осіб, основна група дослідження, ОГД).

У пацієнтів ОГД діагностовано наявність депресивної і тривожної симптоматики з вираженістю на рівні малого (72,5 %) або тяжкого (11,5 %) депресивного епізоду (середній бал — 14,0 балів і 43,0 бали, відповідно), а також тривожного стану (56,0 %) та тривожного розладу (32,5 %) (середній бал — 18,0 балів і 28,0 балів, відповідно).

У 44,5 % осіб ГП виокремлено окремі прояви тривожного стану (середній бал 11,0), тривожного розладу в них не встановлено. Об'єктивних проявів депресії не виявлено у 73,5 % осіб ГП (середній бал 4,0), а в 26,5 % випадків діагностовано окремі депресивні симптоми, що іноді досягали рівня малого депресивного епізоду (середній бал 12,0).

Встановлено недооцінення наявності та вираженості депресивних симптомів та перевищення значущості проявів психопатологічної тривоги в осіб з ЧВЗТГ з відсутністю клінічно окреслених НПР (особи ГП). Для пацієнтів з ЧВЗТГ, в яких діагностовано НПР, характерною тенденцією визначено баланс суб'єктивних і реальних проявів депресії, між тим як під час оцінювання глибини тривожної симптоматики, як і в ГП, має місце перевищення їх проявів, хоча і в меншому ступені.

За нозологічною структурою НПР представлені психічними і поведінковими розладами кластера F43 — реакція на стрес та адаптаційні розлади, серед яких визначені: змішана тривожно-депресивна реакція F43.22 (97 осіб, 48,5 % ОГД); пролонгована депресивна реакція F43.21 (44 особи, 22 % ОГД); адаптаційні розлади з переважанням порушення інших емоцій F43.23 (29 осіб, 14,5 % ОГД); посттравматичний стресовий розлад F43.1 у 23 (11,5 % ОГД) хворих; адаптаційний розлад зі змішаним порушенням емоцій та поведінки F43.25 — у 7 (3,5 % ОГД) пацієнтів.

Синдромологічна структура НПР внаслідок ЧВЗТГ була представлена таким чином: тривожно-депресивні стани (61 особа, 30,5 %); тривожно-фобічна симптоматика (36 осіб, 18 %); астено-депресивні прояви (44 особи, 22 %); астено-іпохондричний синдром (30 пацієнтів, 15 %); обсесивно-фобічний синдром (29 хворих, 14,5 %).

Загальний рівень посттравматичного стресу (ПТС) у пацієнтів з НПР складав 76,5 бали, а у пацієнтів ГП — 41,4 бали. Серед осіб з НПР у 88,5 % спостерігалися помірна (з тенденцією до високої) вираженість симптомів вторгнення (середній бал 28,4) і уникнення (середній бал 29,5), а 11,5 % потерпали від дуже високого їх рівня. Виражені ознаки фізіологічної збудливості були притаманні 63 %, в інших (37 %) встановлений помірний її рівень (середній бал 23,6). У обстежених ГП виявлена низька вираженість усіх показників посттравматичного стресу (середній бал вираженості симптомів вторгнення — 14,6, уникнення — 15,4, фізіологічної збудливості — 14,3).

Серед хворих ОГД виявлено диференціацію вираженості складових ПТС в залежності від провідного клініко-психопатологічного феномена: переважання в структурі ПТС проявів «вторгнення» у пацієнтів з провідною тривожно-фобічною симптоматикою й «уникнення» — у хворих з вираженими астеничними проявами, що відбувається на тлі значно підвищеного рівня «фізіологічної збудливості», притаманної для усіх пацієнтів.

На ґрунті отриманих даних створена система спеціалізованої медичної допомоги, що становить комплекс медичних, психологічних, освітніх та соціальних заходів, розроблених з урахуванням впливу біопсихосоціальних чинників в генезі НПР, спрямованих на попередження або усунення клініко-психопатологічної симптоматики та психосоціальної дезадаптації, забезпечення гідного рівня соціального функціонування пацієнтів в повсякденних умовах життєдіяльності, реалізованих міждисциплінарною бригадою фахівців.

УДК 616.89-008.441.13-08

К. В. Аймедов, Д. В. Возний

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Організація допомоги хворим на алкогольну залежність

Зловживання алкоголем — другий після трудової міграції фактор катастрофічного спаду кількості населення України. Однією з необхідних мір боротьби з цією проблемою є наявність ефективної допомоги особам, залежним від алкоголю, досягнути довгострокової ремісії. Вивчення ремісії, етапності становлення і динаміки збагачує знання про клініку, перебіг та прогноз алкогольної залежності; стабільність ремісії, її тривалість, відсутність ознак патологічного потягу до алкоголю нерозривно пов'язані з поліпшенням якості життя хворих. Під час створення і реалізації терапевтичних програм, спрямованих на досягнення якісних ремісій, необхідно враховувати клінічні дані щодо кореляції рецидивів з тривалістю ремісії, а також чинників, які сприяють формуванню рецидивів в динаміці алкогольної залежності.

Мета: Дослідження особливості організації етапів надання допомоги хворим на алкогольну залежність як чинників формування ремісії, розроблення заходів медико-соціальної реабілітації осіб з алкогольною залежністю та оцінення їх ефективності. Вивчення сучасних особливостей побудови лікувально-реабілітаційних заходів допомоги особам, які страждають на алкогольну

залежність, в умовах державних та недержавних наркологічних закладів.

Для вирішення поставлених завдань було обстежено 296 чоловіків віком від 28 до 60 років, які мали верифікований діагноз «алкогольна залежність» та досвід лікування та госпіталізації з приводу алкоголізму. Всі досліджені особи були поділені на дві групи методом сліпої рандомізації: до групи дослідження (ГД) були включені особи з синдромом залежності від алкоголю, які дали згоду на участь в програмі комплексної психофармакотерапії та психологічного супроводу протягом стаціонарного та амбулаторного періодів лікування; до групи порівняння (ГП) увійшли особи, які отримували винятково стандартне лікування від алкогольної залежності в умовах медичного стаціонару.

Під час організації системи комплексної допомоги алкогользалежним особам ми враховували біопсихосоціальну модель та холистичний підхід до надання допомоги, яка включала медичну, психологічну та соціальну складову. Найкращі однорічні ремісії отримано в ГД2 та ГП2 (відповідно, 80,90 % та 76,47 %), в яких крім детоксикації застосовано протиалкогольний імплант, різниця з іншими групами є достовірною ($p < 0,05$). Найбільш тривалими (трирічними) були ремісії у групах ГД2 та ГД1 (відповідно, 26,97 % та 19,28 %), в яких протягом періоду ремісії хворим, поряд з медичним лікуванням, обов'язково надавався психологічний супровід. Найгірші результати щодо трирічних ремісій отримано в ГП1 (12,50 %), ($p < 0,05$), що свідчить про недостатність застосування лише базової детоксикаційної терапії. Найбільш ефективними на всіх етапах відстеження виявились ремісії в групі ГД2, в якій було застосовано комплексну терапію, що доводить більшу ефективність комплексних заходів та підтверджує гіпотезу нашого дослідження.

УДК:615.45-001.1/3:355.257.6 «364»-08

К. В. Аймедов, А. Є. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Організація мультидисциплінарної роботи з особами, що постраждали у результаті АТО (досвід Одеського регіону)

Проблеми ефективного та адекватного медичного захисту населення, постраждалого внаслідок антитерористичної операції, є одним з актуальних завдань сучасної охорони здоров'я. Актуальними завданнями медицини катастроф є збереження психічного здоров'я населення у зоні АТО та учасників ліквідації надзвичайних подій.

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це специфічна клінічна форма порушення процесу посттравматичної стресової адаптації. Критерії діагностики ПТСР містяться в міжнародному діагностичному стандарті МКБ-10 — Міжнародному класифікаторі хвороб, ПТСР віднесено до групи розладів, пов'язаних з порушенням адаптації та реакції на сильний стрес.

Діагностичні критерії ПТСР:

Критерій А (визначення травмуючої ситуації)

1. ПТСР виникає в результаті впливу на людину травматичних подій, пов'язаних з загибеллю, серйозними пораненнями людей, можливою загрозою загибелі або поранень.

2. Людина, що пережила подібну травматичну ситуацію, може бути як жертвою того, що відбувається, так і свідком страждань інших осіб, в будь-якому випадку, в момент перебування в травматичній ситуації вона

повинна зазнавати інтенсивний страх, жах або відчуття безпорадності.

Критерій В (критерій вторгнення)

Повторне проживання психотравмуючої події;

«Флешбек»-ефекти;

Кошмарні сновидіння.

Критерій С (уникнення)

Уникання речей, ситуацій і думок, які нагадують про психотравмуючі події;

Неможливість згадати про важливі аспекти травми;

Почуття відчуженості і віддаленості від інших людей;

Знижена інтенсивність вищих емоцій;

Почуття відсутності перспективи в майбутньому.

Критерій D (гіперактивація)

Збільшені неспокій, тривога й емоційне збудження в ситуаціях, що нагадують про травмуючі події;

Труднощі із засипанням або поганим сном;

Дратівливості, напади гніву;

Труднощі із зосередженням уваги;

Підвищений рівень настороженості;

Гіпертрофована реакція переляку.

Критерій E (тривалість перебігу розладу)

Симптоми, перелічені в попередніх рубриках, спостерігаються протягом більше одного місяця після травми.

Критерій F (дистрес і порушення адаптації)

у соціальній,

професійній,

сімейній та ін. сферах життя.

Особливістю цього розладу є тенденція не тільки не зникати з часом, але ставати більш вираженим, а також виявлятися раптово на тлі загального благополуччя.

УДК 616.89-008.441.13-055.2-08

К. В. Аймедов, К. В. Рябухін

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Проблема алкогольної залежності у жінок з урахуванням дисгармонійних особливостей їх гендерного статусу

Проблема боротьби з жіночим алкоголізмом продовжує залишатися однією з найважливіших соціальних проблем у більшості країн світу.

У вітчизняній літературі дослідження цієї проблеми стосується визначення морфоконституціональних, психічних, поведінкових особливостей жінок, що зловживають алкоголем. Дослідники також зазначили, що результат лікування жіночого алкоголізму часто пов'язаний з оточенням жінки, вони більш рішуче підходять до боротьби з алкогольною залежністю (АЗ) і їм легше дається зміна способу життя і вибір нового захоплення або хобі, яке замінює пристрасть до спиртного.

Мета дослідження: Визначити та характеризувати основні групи патологічних наслідків жіночої алкогольної залежності.

Під нашим спостереженням перебували 281 особа жіночої статі з алкогольною залежністю віком від 26 до 68 років — основна група (ОГ). Як групу порівняння було обстежено чоловіків у кількості 42 особи відповідного віку, які також мали алкогольну залежність (ГП). Групи досліджених було набрано в жіночих та чоловічих відділеннях КУ «Одеська обласна клінічна психіатрична лікарня № 1», яка на даний момент репрофільована в КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я».

Вивчення предикторів та патологічних наслідків АЗ надало можливість визначити гендерні особливості жі-

ночих груп дослідження (ОГ), які достовірно відрізнялись ($p < 0,05$) від аналогічних характеристик чоловіків (ГП):

Серед біологічних предикторів в ОГ достовірно частіше відмічався прискорений соматосексуальний розвиток (16,37 %; $p < 0,05$), передчасний психосексуальний розвиток (30,96 %; $p < 0,05$), вагомо менша кількість простих асинхроній статевого розвитку (18,51 %; $p < 0,05$) та більша кількість поєднаних (36,65 %; $p < 0,05$). Особистісними предикторами, якими відрізнялась жіноча група у порівнянні з чоловічою, були достовірно більша кількість осіб з емотивним типом акцентуації (12,81 %; $p < 0,05$) та менша кількість дистимічних (5,34 %; $p < 0,05$), збудливих (12,81 %; $p < 0,05$) та застрягаючих (8,19 %; $p < 0,05$) особистостей. Психосоціальними предикторами АЗ, які мали гендерну притаманність, були у жінок: неповна батьківська родина (52,00 %; $p < 0,05$) та менший показник «обтяженості родинного анамнезу» (27,76 %; $p < 0,05$). Серед психоемоційних патологічних особливостей — вищий рівень тривожності (46,62 %; $p < 0,05$) при меншій виразності клінічних проявів: післяінтоксикаційного алкогольного синдрому (18,47 %; $p < 0,05$), неспецифічних фізичних ознак хронічної алкогольної інтоксикації (24,38 %; $p < 0,05$), зустрічальності нервово-психічних та соматичних захворювань у власному анамнезі пацієнтів (19,58 % та 8,10 %; $p < 0,05$).

УДК 616.45-001.1/3-056.5:615.851

А. А. Артемчук, А. Ф. Артемчук

ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків

Особенности стрессопсихотерапии лиц с избыточным аппетитом и весом

Сегодня в развитых странах до 60 % населения страдают от избыточного аппетита и веса. Переедание, употребление в пищу несъедобных веществ, отказ от приёма пищи — это аномалии пищевого поведения, пищевые аддикции. При этом формируются состояния пищевой зависимости (чаще углеводной) и проявляется симптоматика пищевой интоксикации. В основе пищевых аддикций, как и других форм аддиктивного поведения, лежит высокий аддиктивный потенциал, который носит преморбидный характер и реализуется в условиях неправильного образа жизни и «стрессоров жизни».

Целью работы является совершенствование и дальнейшее внедрение экспресс-метода снятия пищевой зависимости у лиц с избыточным аппетитом и весом.

Технологию избавления от избыточного аппетита и веса мы успешно применяем на протяжении 20 лет. Получен патент: Спосіб лікування надмірного апетиту та ваги — Артемчук А. П., Артемчук О. А., UA 51 866 А, А 61 РЗ/04, від 16.12.2002 р., бюл. № 12.

Эта технология включает:

І. Процедуру «стресс-кодирование» пациентов от пищевой зависимости и интоксикации на определённый срок (5—7—9—12 мес.) и на сброс лишнего, для данного человека веса (10—20—30 и более кг). При этом достигается снятие влечения к мучным и сладким продуктам питания, перееданию. В результате, после стрессопсихотерапии, с одной стороны, у человека пропадает желание употреблять эти высококалорийные продукты в течение всего выбранного им срока; а с другой — их употреблять нельзя, т. к. к ним формируется аллергия.

ІІ. Восстановление естественных регуляторов аппетита, а значит — и восстановление определённых

метаболических механизмов, которые стоят за каждым таким регулятором, а именно:

а) возвращение к нормальной периодичности приёма пищи — соблюдение «желудочного цикла»: промежутки между приёмом пищи должны достигать 3,5—4 часа. Итого, есть надо 3—5 раз в день;

б) физиологическое восстановление объёма желудка до нормальных размеров (приучение человека к малым объёмам пищи);

в) возвращение пациенту физиологического чувства насыщения путём повышения культуры приёма пищи — ознакомление с закономерностями «трапезы»;

г) обучение принципам раздельного питания;

д) восстановление физиологического баланса между «тонкими» (духовная, творческая, интеллектуальная) и «грубыми» (пищевая, плотская) энергиями.

ІІІ. Ежедневная, плановая коррекция фигуры: тренировка функционального состояния мышечного корсета, позвоночного столба, сердечно-сосудистой, дыхательной, кровеносной и др. систем.

ІV. Борьба с целлюлитом, выведение его из организма не путём липосакции, а физиологически — сжигая его в мышцах. При этом достигается ускорение метаболических процессов, идёт санирование энергетического обмена, человек освобождается от коморбидных ожирению форм патологии.

V. Контроль за результатами (один раз в 15 дней измеряют вес, окружность груди, талии, таза и эти показатели отмечают на графике) и использование механизмов эмоционального поощрения за положительные достижения.

После снижения массы тела до желательных для пациента величин и уменьшения остроты со стороны сопутствующей патологии, с целью сохранения достигнутых успехов и состояния независимости от мучных и сладких продуктов питания, возможно «продление кода на стабилизацию»: на год — три — пять (по выбору пациента).

Вышеописанный метод лечения от пищевой аддикции (переедания, избыточного аппетита и массы тела, углеводной зависимости и интоксикации) является разновидностью стрессопсихотерапии, отличается простотой и физиологичностью применения, направлен на узловы механизмы возникновения этой патологии, не вызывает негативного отношения у пациентов и имеет высокую (до 90 %) эффективность.

УДК 616.89-008.447.001.5-06

А. П. Артемчук

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Тезаурус та внутрішня сутність деяких наукових понять та парадигм, які відображають провідні напрямки розвитку сучасної адиктології

Аналіз закономірностей розвитку тієї або іншої дисципліни відображає певну хронологічну послідовність змін термінологічної лексики, наукових понять та уявлень, провідних теорій та парадигм. Ці процеси відбуваються і в сучасній адиктології.

І. Термін *адикція* походить від латинської «*addictio*», що трактується як «залежність» або «залежна поведінка». У перекладі з англійської «*addiction*» означає «схильність», «згубна звичка».

Адиктивні психічні та поведінкові розлади становлять хворобливі набуті програми, які можливо та необхідно

замінити. Всі вони «вирастають» та «проеціються» в реальне життя з аномальних уроджених програм-інстинктів, які відповідають за домінування порушених потягів — статевих, харчових, творчих та самозбереження. Згідно з цим, вирізняють провідні форми адиктивних розладів, — за походженням, за змістом та за назвою.

Усі проблеми звільнення від хворобливих потягів виникають не стільки від того, що вони є, а насамперед від того, що у адикта недостатніми є діапазон, вираженість та сталість нормальних потягів.

II. Серед найпоширеніших негативних змін сучасної психічної патології особливе місце належить *коморбідності* — соматоневрологічному та психопатологічному ускладненню або поєднанню власне адиктивного розладу з іншою патологією. «Подвійний діагноз», сполучений перебіг двох та більше нозологій (*транснозологічна коморбідність*), синдромів та симптомів (*транссиндромальна коморбідність*), що належать до різних патологій (*екстранозологічна коморбідність*) або розглядаються у ранзі одного захворювання (*інтранозологічна коморбідність*), об'єднаних або розділених у часі (*хронологічна або позахронологічна коморбідність*) та інші подібні терміни використовують сьогодні для усвідомлення причин та механізмів складних процесів трансформації клініки та перебігу адиктивних розладів.

III. Термін «зловисний перинатальний слід» віддзеркалює певні ушкодження мозку дитини в періоди вагітності матері та пологів, які належать до симптоматики *мінімальної дисфункції мозку* (МДМ) і ідентифікуються спеціалістами як *перинатальна патологія*. Прояви перинатальних ушкоджень мозку складають той первісний осередок складних, вітально-значущих патологій, подальша негативна еволюція яких (або навпаки, — своєчасна поліпрофесійна компенсація їх негативних наслідків) визначають весь наступний перебіг життя адикта. Ця патологія має дуже високий адиктогенний потенціал, який формує коморбідність (генералізує) і трансформує перебіг хвороб.

IV. *Високий адиктивний (адиктогенний) потенціал* формується у людини на вікових етапах розвитку (в період вагітності матері та пологів, у віці становлення складних вітальних функцій — від народження до 25 років) та протягом дорослого життя. У створенні цього потенціалу, окрім перинатальної церебрально-органічної патології, мають значення вади розвитку, перенесені хвороби, черепно-мозкові травми, хірургічні втручання, харчові та інші отруєння, професійні та військові (військові) шкідливості. Мова йде про широке коло так званих преморбідних факторів, хворобливої предиспозиції, антиципації.

V. У зміст терміну «*преморбідна ендегенна антиципація*» ми вкладаємо *генетичну, уроджену або набуту церебрально-органічну, метаболічну, соціально-психологічну, особистісну, або будь яку іншу, індивідуальну чи загальнопопуляційну, упередженість (готовність) до виникнення адикції*. В основі її — аномалії програмного забезпечення поетапного розвитку Людини, тобто дизонтогенез, який має початок ще з перинатального періоду — у вигляді наслідків органічного ураження мозку — МДМ. Ці негативні наслідки еволюціонують протягом індивідуального життя, поповнюються іншою патологією — ускладнюючі адаптацію і поведінку індивіда на всіх вікових етапах.

Термін «*антиципація*» походить від латинської — *anticipo, anticipacio*, французької — *anticiper*, англійської — *anticipate*, які означають — передбачати, угадувати наперед, передчувати, випереджати, провіщувати, запобігати (та тому подібне) події, їх перебіг та результати.

Тобто, це і наперед складене уявлення про щось, це і розуміння подальшого перебігу явища, це і бачення способу вирішення проблеми...

В наш час термін «*антиципація*» є запозиченим деякими клінічними дисциплінами і отримав нове змістовне навантаження. Так, наприклад, антиципація в наркології — це більш раннє формування генетично-детермінованої залежності від ПАР: тобто діти захворюють залежностями від алкоголю, наркотиків у більш молодому віці, ніж їх батьки.

VI. *Екологічна медицина, екологічна наркологія та адиктологія* — нова наукова парадигма, яка розглядає здоров'я Людини та її функціонування з позиції порушення екології розвитку та буття Людини: екології періоду вагітності та пологів у матерів, екології вікових етапів розвитку дитини (дитинство, підлітковість, юнацтво), екології мікро- та макросоціуму, екології природного та виробничого середовища. Згідно з цим, усі аспекти життєдіяльності людини повинні розцінюватися з позицій і у ранзі глобальних екологічних систем: Всесвіт, галактика, Сонячна система, планета Земля, нація, держава, родина, домівка тощо.

Термін «*екологія*» почали використовувати ще в XIX столітті. У перекладі з грецької він означає «*вивчення власного дому*». Наш дім — це планета Земля. Поступово виникла ціла «паралельна» наука — *екологія Людини*. Вона ґрунтується на розумінні того факту, що в ті чи інші часи вивчати біосферу потрібно — як одне ціле та у її взаємодії із Людством, його філософськими поглядами, прагненнями та практичною діяльністю, тобто, функціонально — як єдиний організм у ранзі «*глобальної планетарної екології*».

Унаслідок наростаючої екологічної кризи, що відбувається в наші часи, суттєво і незворотно потерпає не тільки зовнішнє середовище (змінюється клімат, склад повітря, води, ґрунтів, тваринний світ, розпадаються стійкі харчові ланцюги, гинуть складні екосистеми), але патологічні зсуви наростають і у внутрішньому середовищі людини, його ендеоекологічних параметрах; відбуваються драматичні системні зміни в організменному, психічному, особистісному просторі. Все вищезазначене має негативний вплив (*stress*) на процеси адаптації як окремої Людини, так і цілих спільнот, спричиняє появу станів збудження, перезбудження та виснаження складних регуляторних систем та рівнів, картину десинхронізації і, як наслідок, — появу хвороб широкого клінічного регістру, в т. ч. нових форм, трансформацію відомих патологій, їх коморбідізацію, а також феномен входження хворих людей в певні, патологічні угруповання.

VII. Спираючись на екологічну парадигму, враховуючі типові розлади складних та багаторівневих екзо-ендо-екологічних взаємовідносин, ми розбудовуємо поняття «*сучасні форми алкогольної хвороби*». До *сучасних форм* ми відносимо такі різновиди патології, які мають широку розповсюдженість і тенденцію до подальшого збільшення; пов'язані з негативною дією численних чинників навколишнього середовища; належать, за своїм характером, до патології зміненої ендеоекології; постійно проявляються протягом життя певними стандартними комплексами розладу складних інтегративних церебральних, соматичних та психосоціальних функцій, їх хворобливою еволюцією; мають суттєві патогенетичні та клінічні відзнаки від традиційних; знижують генетичний потенціал нації і потребують створення, для свого розуміння та усунення, сучасної понятійної бази, нових медичних парадигм, істотних змін організаційної

структури усіх форм діагностичної, профілактичної та лікувальної роботи.

VIII. *Синергетична медицина* — нова наукова парадигма, яка розцінює здоров'я людини та якість її буття з позицій цілісності організму, як складної системи, в її внутрішніх функціях і у зв'язку із зовнішнім світом, з урахуванням процесів самоорганізації та саморозвитку. З позицій цієї науки, виникнення нової або змінення функціональних систем (в т. ч. тих, що забезпечують стан хвороби або здоров'я), найчастіше відбувається революційним шляхом — раптово, у вигляді стрибка, через дестабілізацію і хаос, під час яких замінюються так звані атрактори, що складають підґрунтя функціонування той або іншої системи.

IX. *Перинатальна медицина та перинатальна адиктологія* — продукт розвитку наукових уявлень про те, що більшість хвороб людини можна і треба розцінювати з позицій порушень процесів філогенезу та онтогенезу. Зокрема, з нашої точки зору, всі адикції необхідно розглядати як процесуальне явище — дизонтогенез, початок якого закладено ще в період вагітності матері і пологів — у вигляді злорякості перинатального сліду, а все наступне життя адикта віддзеркалює процес каскадного розвертання (стрибкоподібно або повільно-еволюційно) негативних наслідків цієї патології.

Використання нових термінологічних понять, наукових теорій та парадигм в наркології розширює наші уявлення про механізми виникнення та фіксації адиктивних розладів, формує необхідну базу для розроблення систем їх ефективної превенції та терапії

УДК 616.89-008.441.13-071-037:615.214-08

К. А. Артемчук

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Обґрунтування нових, щадних режимів довгострокового застосування препаратів сенсibiliзуючої дії — «за потребою» в протирецидивній терапії хворих на алкогольну залежність

Епідемія алкогольної залежності (АЗ) в Україні продовжується. При цьому неухильно збільшується кількість осіб з безремисійним типом перебігу хвороби, резистентних до терапії (РТАЗ). Загальноновизнаним підходом до цього контингенту є безперервне амбулаторне спостереження, здатне забезпечити належний режим лікування. В ролі медикаментозної складової такого підходу найчастіше виступають інгібітори ацетальдегіддегідрогенази (ІААДГ), які специфічно порушують процес біотрансформації алкоголю в організмі. Разом з цим, термін безперервного щоденного застосування цих засобів, з міркувань безпеки хворих, обмежується одним триместром, що значно менше періоду бажаної фармакотерапевтичної підтримки стану ремісії.

Метою дослідження стало подолання цієї суперечності і підвищення ефективності протиалкогольної терапії шляхом відмови від щоденного прийому ІААДГ на користь їхнього щадного вживання — «за потребою» протягом небезпечних днів: свята, одержання зарплати, стресорні стани.

Комплексно досліджено 180 осіб (чоловіки віком від 20 до 66 років), хворих на РТАЗ (шкала CIWA-Ar, методика TLEB, тест AUDIT, глосарій Чередниченко — Альтшулера та ін.).

Виокремлені три групи порівняння по 60 осіб: III-тя контрольна (де застосували лише психосоціальну під-

тримку — ПСП), I-ша та II-га — де зазначена ПСП сполучалась з призначенням дисульфіраму та ціанаміду, відповідно. Протягом 11—90 доби спостереження в I та II групах відбувався щоденний прийом сенсibiliзуючих засобів, а протягом 91—360 доби — в щадному режимі «за потребою». Встановлено, що використання ІДААГ у будь-якому режимі — постійному або щадному — на тлі ПСП достовірно:

а) підвищує прихильність пацієнтів до лікування (метод Каплана — Мейєра) — відповідно в 3,63 та 4,50 рази більше, ніж в III групі;

б) зменшує потребу в госпіталізації — відповідно, в 2,50 та 2,14 рази менше, ніж в III групі.

Варіабельний режим прийому сенсibiliзуючих препаратів (щоденно протягом 1-го триместру та «за потребою» протягом 2-го — 4-го триместрів) на тлі ПСП забезпечив збереження ефективності та наступності протирецидивної терапії (скорочення кількості «п'яних днів» в 1,88 та 2,05 разів, відповідно у групах I та II).

Водночас, «щадний» режим прийому сенсibiliзуючих засобів забезпечив істотне зменшення частоти небажаних проявів. Так, протягом 2-го — 4-го триместрів лікування жодних достовірних відмінностей між групами порівняння не спостерігалось, в той час як протягом 1-го триместру лікування їх прийом супроводжувався достовірно вищою частотою таких небажаних проявів як астєнія, сонливість, головний біль, нудота (в 1,85—4,50 рази, порівняно з III групою).

У всіх трьох групах порівняння неухильно зменшується інтенсивність патологічного потягу до алкоголю (глосарій Чередниченко — Альтшулера), при цьому у пацієнтів, що одержували ціанамід (II група), вона наприкінці 1-го триместру лікування була достовірно меншою, ніж в I-й та III-й групах (в 1,66 та в 1,43 рази, відповідно).

Запропонований спосіб призначення сенсibiliзуючих препаратів у «щадному» режимі дозволяє підвищити ефективність лікування хворих на РТАЗ.

УДК 616.831-005:616.89-008.19:001.8

Н. Б. Балковська, Л. А. Лапишина

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків*

Психоемоциональные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией

В структуре ЦВЗ в Украине львиная доля принадлежит хроническим нарушениям мозгового кровообращения — дисциркуляторной энцефалопатии (ДЭ), причем почти половина всех случаев ДЭ регистрируется у людей трудоспособного возраста.

Цель исследования: изучить психоемоциональные нарушения у больных дисциркуляторной энцефалопатией II ст. атеросклеротического и гипертонического генеза.

В исследование были включены 60 пациентов (23 мужчины и 37 женщин) в возрасте от 40 до 65 лет с клинической картиной ДЭ II ст. атеросклеротического и гипертонического генеза.

У всех больных на первое место выступали жалобы неврологического спектра, в связи с чем они обратились на консультацию к невропатологу и были госпитализированы в неврологическое отделение. Большая часть этих пациентов (76,6 %) хотя и предъявляли жалобы на снижение настроения, тревогу, раздражительность, не уделяли этому большого внимания и по поводу депрессии никогда ранее не обследовались и не лечились. Остальные

пациенти (23,4 %) активно жалобились депресивного спектра не пред'являли, но при прямом вопросе отмечали наличие грусти, пессимизма, исчезновения наслаждений, изменение интереса к окружающим, нарушение сна.

Психопатологическая картина обследованных больных характеризовалась наличием аффективных расстройств, личностных переживаний, когнитивных нарушений, соматических проявлений. Аффективные расстройства выявлялись у всех обследованных и проявлялись в виде снижения настроения, тревоги, чувства тоски, плаксивости, раздражительности, эмоциональной лабильности. Снижение настроения имело место у 100 % обследованных и, как правило, сопровождалось тревогой (66,6 %). Эмоциональная лабильность выявлялась у 86,6 %. Чувство тоски встречалось значительно реже — у 30 %. Личностные переживания характеризовались снижением уверенности в себе — у 83,3 %, обидчивостью — у 40 %, отсутствием перспектив в будущем — у 26,6 %. На первый план выступали соматовегетативный (83,3 %), астенический (76,6 %) и тревожный (66,6 %) синдромы.

Для оценки выраженности симптомов депрессии использовали шкалы Бека и Гамильтона. По данным опросника Бека показатели выраженности депрессии были в пределах от 11 до 18 и соответствовали уровню легкой (60 %) или умеренной (40 %) депрессии, суммарный средний балл составил 14. По данным шкалы Гамильтона показатели выраженности депрессии были в пределах от 8 до 18 и соответствовали уровню легкой (63,3 %) или умеренной (36,7 %) депрессии, суммарный средний балл составил 15.

При оценке когнитивных функций выявлено, что на первое место выступало нарушение внимания — у 80 %, психическая утомляемость — у 56,6 %, значительно реже встречалось снижение памяти — у 16,6 %.

Таким образом, в клинической картине ДЭ наряду с неврологическими симптомами и синдромами, когнитивными нарушениями важное место занимают психоэмоциональные нарушения, которые осложняют течение основного заболевания и могут привести к прогрессированию как сосудистой мозговой недостаточности, так и нарушений психических функций, развитию деменции. Своевременная диагностика и коррекция психоэмоциональных нарушений несомненно важна в комплексной терапии этой группы больных.

УДК 547.262-355.257.6:001.8

О. В. Бараненко, Н. М. Лісна
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Перспективи досліджень наслідків вживання алкоголю серед учасників АТО та постраждалого населення

Необхідність розв'язання проблем реабілітації учасників АТО нині є одним з найбільш значущих питань, як для системи охорони здоров'я, так і для українського суспільства взагалі. Багатогранність завдань медичної реабілітації постраждалих в АТО потребує ефективного функціонування цієї системи як самостійного напрямку клінічної та соціальної медицини. При цьому питання, які має вирішувати медицина, — проблема щонайменше найближчих десятиліть.

Фахівці вважають, що у разі недостатнього лікування з часом післявоєнні симптоми не просто повертаються, а й навіть посилюються. Так, у 1970-х роках у США було

доведено, що у 25 % учасників бойових дій, які не мали каліцтва, згодом загострилися різні психічні та психологічні порушення, а серед поранених і покалічених таких було 42 %, до 100 тис. ветеранів у різний час наклали на себе руки, а від 35 до 45 тис. донині ведуть замкнутий спосіб життя. Після війни у В'єтнамі Сполучені Штати Америки втратили людей значно більше, ніж під час бойових дій (через алкоголізм, наркоманію, самогубства, криміналізацію колишніх військових).

Єдиним шляхом мінімізації подібних наслідків може бути як можна рання і повна мультидисциплінарна комплексна медико-психологічна та реабілітаційна допомога як безпосередньо учасникам АТО, так і особам, що постраждали внаслідок бойових дій. Однією з частин цієї комплексної допомоги повинна бути й наркологічна її складова, в тому числі щодо вживання та зловживання алкоголем.

Звісно, що суспільні кризові ситуації, до яких у першу чергу належать бойові дії, призводять до «спалаху» негативних явищ, в тому числі і зловживання психоактивними речовинами. Підґрунтям цього є бажання постраждалої людини подолати дистрес за рахунок певної адаптивної (транквілізуючої) дії психоактивних речовин. Особливо це стосується алкоголю, як найпоширенішого та легального «рекреаційного наркотику». Але через певний час на перший план виходять негативні наслідки зловживання алкоголем та формування залежності, що, у свою чергу, стає додатковим фактором дистресу.

Дослідження, проведені раніше у відділах наркології ДУ ІНПН НАМН, довели наявність особливостей формування та перебігу станів алкогольної залежності на фоні психотравмуючої ситуації, але до цього часу вітчизняна медицина не стикалася із наслідками повномасштабних бойових дій. До того ж, у сучасних умовах, за рахунок необмеженого доступу до Інтернет-простору, виникає «інформаційна» складова війни, тобто спроби деморалізувати населення, нав'язати йому хибну точку зору. Подібне може спричинити певні стресові розлади навіть у тих, хто не страждає безпосередньо від бойових дій.

Тому ми плануємо провести дослідження, спрямоване на визначення адаптогенних та патогенних ефектів алкоголю в умовах «гібридної війни». Метою дослідження буде розроблення заходів мінімізації шкідливих наслідків вживання алкоголю в учасників АТО та постраждалого населення. Для цього буде проведено ретроспективне комплексне оцінювання алкогольних уподобань; визначення рівня та стилю споживання алкоголю серед даного контингенту осіб; досліджено психопатологічні наслідки психотравмуючої ситуації, якість життя та їх взаємозв'язок із вживанням алкоголю. На ґрунті отриманих даних буде створено адаптивну тактику щодо профілактики шкідливих наслідків вживання алкоголю шляхом корекції рівня та стилю його споживання, а також психофармакологічні, психотерапевтичні та психокорекційні заходи для досягнення даної мети.

УДК:616.895.8-055.2:615.851

В. В. Баскіна
Одеський національний медичний університет, м. Одеса
**Оптимізація сімейного функціонування жінок
після перенесеного психотичного епізоду**

Значення психосоціального впливу сім'ї на перебіг шизофренічного психозу і на соціальну адаптацію хворих на шизофренію — безперечне. При цьому внутрішньо-

сімейні чинники можуть надавати як негативний вплив на перебіг шизофренії та соціальну адаптацію хворих при неправильному сприйнятті хвороби і хворого родичами, що сприяє черговому рецидиву, так і надавати вплив шляхом формування соціальної підтримки, тобто форми допомоги в подоланні (копінг) у відповідь на вимоги, пропонувані оточенням індивідууму, що позитивно відбивається на адаптації пацієнта.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування порушень сімейного функціонування у жінок після перенесеного психотичного епізоду та розробити комплексну систему їх психокорекції. Вивчити особливості психоемоційного стану жінок після перенесеного психотичного епізоду.

В результаті дослідження встановлено, що реальна вітчизняна клінічна практика не повною мірою відповідає міжнародним рекомендаціям з проведення підтримуючої протирецидивної терапії, здійснюваної після першого психотичного епізоду. Це свідчить про необхідність подальшого вдосконалення психіатричної допомоги цієї категорії пацієнтів.

Прийнято звинувачувати пацієнта в припиненні лікування всупереч рекомендації лікаря. Пацієнти не завжди діють неправильно, намагаючись ввести поправку на побічні ефекти або мінімізувати стигму, підбираючи дози або час прийому ліків. Не більше ніж 50 % пацієнтів повідомляють лікарю, що перервали лікування через страх, недовіру або сором обговорювати такі побічні ефекти як збільшення маси тіла або сексуальні проблеми. Більше ніж 70 % пацієнтів описують збільшення маси тіла як сумну подію, що переносить важче, ніж інший побічний ефект. Ожиріння вдвічі підвищує ризик недотримання режиму лікування, особливо у молодих дівчат. Статеві розлади — значиме джерело дистресу і зниження якості життя пацієнтів: 40 % молодих чоловіків і 15 % жінок зізналися в тому, що припинили лікування через них. При цьому 75 % ніколи не обговорювали сексуальні питання з психіатрами.

Лікування хворих, яке проходить в клініках первинного психотичного епізоду, ґрунтується на комплексному підході, який передбачає єдність психофармакотерапії і різних методів психосоціального лікування та психосоціальної реабілітації. Допомога здійснюється поліпрофесійною бригадою фахівців (за участю психіатра, психолога, психотерапевта, соціального працівника, середнього та молодшого медичного персоналу), кожен з яких має свої завдання, скоординовані з іншими членами команди.

УДК 616.45-001.1/3-055.2:616.133.211

О. А. Варібрис

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особливості переживання стресу жінками з захворюваннями щитовидної залози

Головною особливістю ендокринних захворювань є порушення продукції гормонів, які регулюють різноманітні фізіологічні процеси та підтримують гомеостаз в організмі людини. Щитовидна залоза (ЩЗ) виробляє тиреоїдні гормони, які відповідають за швидкість перебігу метаболічних процесів, фізичну та розумову активність, сон, масу тіла, роботу серцево-судинної, шлунково-кишкової, дихальної систем, впливають на репродуктивну функцію.

Гіпофункція ЩЗ обумовлює нестачу тиреоїдних гормонів та розвиток синдрому гіпотиреозу, тоді як гіперфункція навпаки характеризується їх надмірною продукцією з формуванням стану тиреотоксикозу.

Поширеність гіпотиреозу в Україні становить 22,1, тиреотоксикозу 13,6 на 100 тис. населення. Захворюваність на патологію ЩЗ більшою мірою притаманна жінкам та збільшується з віком.

Найчастішою причиною розвитку гіпотиреозу стає аутоімунний тиреоїдит, менше — стани після оперативного лікування ЩЗ, що супроводжуються її резекцією чи видаленням, а також лікування радіоактивний йодом. Розвиток гіпертиреозу може бути спричинений наявністю дифузного та вузлового токсичного зобу, тиреотоксичної аденоми.

Гіпо- та гіпертиреоз обумовлюють зміни не лише у соматичній сфері, але і відображаються на психічному функціонуванні. Психіатричними масками гіпотиреозу є астено-депресивні стани, когнітивні розлади, тиреотоксикозу — тривожні та тривожно-депресивні синдроми.

Зміни у психічному стані при захворюваннях ЩЗ є облігатними симптомами перебігу хвороби, що робить вивчення медико-психологічних аспектів не менш важливими, ніж соматична терапія.

Жінки з гіпо- та гіперфункцією ЩЗ переживають стрес внаслідок:

- соматичного дискомфорту — неприємних фізичних відчуттів, що є сигналом організменного неблагополуччя;
- суб'єктивного відчуття змін у психічній сфері — сповільнення темпу психічних процесів, загальмованість, зниження настрою, пасивність, астения при гіпотиреозі, та невражливості, емоційна лабільність, висока тривожність — при гіпертиреозі;
- необхідності корекції життєвих планів у зв'язку з хворобою, що обумовлено наслідками захворювання та потребою у лікуванні;
- зміни психосоціального статусу через зниження працездатності, включеності у соціальну взаємодію;
- виникнення напруження у міжособистісних стосунках на тлі психоемоційних зрушень.

Високий рівень стресу у пацієнток з ендокринною патологією вказує на необхідність надання їм медико-психологічної допомоги. Напрямами психологічних інтервенцій мають бути мотивація на лікування та прихильність до терапії, навчання навикам саморегуляції психічного стану, формування критичності до психічних симптомів хвороби як нозологічно асоційованих, фасилітація ресурсного потенціалу пацієнтів, психокорекція неадаптивних форм реагування та поведінки.

УДК 616.89-008.441.44:613.816:616-073.97

О. О. Васильєва

*«Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Комплексна оцінка неврологічних та енцефалографічних порушень у хворих з проявами аутодеструктивної поведінки (суїцидальні наміри) на фоні синдрому залежності від алкоголю

Сьогодення зі своїми небезпечними екзогенними великомасштабними подіями (екзогенні катастрофи і соціально-воєнні конфлікти) та загрозливими подіями на місцевому рівні (агресія у сім'ї, несприятлива обстановка на роботі, скоєння різних злочинів щодо особистості та інше) чинить психотравмуючий вплив на стан здоров'я

людини. Особливо на людей, які вже мають преморбідні психоневрологічні порушення різного генезу, у тому числі зі станами залежності від алкоголю. Клінічна картина психічних розладів у цієї категорії виражена коморбідними проявами за рахунок токсичної алкогольної енцефалопатії та порушенням адаптивно-регуляторних механізмів ЦНС. В сучасній літературі особливу роль відводиться нейротрофічному фактору (BDNF — *brain-derived neurotrophic factor*) головного мозку в механізмах формування суїцидальної поведінки. Ця гіпотеза базується на тому факті, що дефіцит нейротрофічної підтримки призводить до патології нейронів гіпокампу в період розвитку депресії та формування суїцидальної поведінки. У хворих з синдромом залежності від алкоголю відбувається порушення обміну глюкокортикоїдів та серотонін-дофамінергічної системи, що призводить до зменшення вмісту BDNF, порушення кровообігу в мозку, пароксизмальних станів та змін свідомості та поведінки. Також відомо, що ритми електроенцефалограми (ЕЕГ), які відображають функціональний стан мозку, генеруються тими ж нейрональними системами збудження та гальмування, які беруть участь в обробленні інформації, адаптивно-приспосувальних механізмах, причому найбільший внесок до картини ЕЕГ вносять гальмівні системи кори, гіпоталамуса та гіпокампу.

Метою комплексного дослідження було визначення психофізіологічних механізмів формування депресії та суїцидальної поведінки у хворих з синдромом залежності від алкоголю. Було обстежено 62 хворих з різними проявами депресії та суїцидальними думками. Серед них — 32 хворих з синдромом залежності від алкоголю з різними депресивними проявами посттравматичних стресових розладів та розладів адаптації у вигляді суїцидальної поведінки та 30 хворих з різними психоневрологічними та поведінковими розладами внаслідок вживання алкоголю, без суїцидальних намірів. Усім хворим проводили обстеження психічного та неврологічного стану, соматичних систем організму. ЕЕГ-дослідження проводили за допомогою комплексно-діагностичного апарату «Нейрон-СПЕКТР+», та у динаміці — DX-NT-комплексом.

Проведений клініко-неврологічний аналіз виявив найбільш тяжкі неврологічні прояви у хворих обох груп у вигляді трьох провідних синдромів: дискоординаційного, лікворно-гіпертензійного та епілептичного (який був більш специфічним для хворих з суїцидальною поведінкою). Визначено, що провідну роль в нейрофізіологічних механізмах формування суїцидальної поведінки відіграє виснаження основних нервових процесів головного мозку (збудження та гальмування), що проявлялось у схожих змінах на ЕЕГ у хворих з хронічною алкогольною енцефалопатією з/без суїцидальних нахилів — вищим станом активності правої півкулі зі зниженням нормальної активності передніх (лобових, центральних, скроневих) відділів головного мозку з домінуванням β -активності у цих відведеннях; також були виявлені особливості патологічних змін на ЕЕГ у хворих з синдромом залежності та проявами аутодеструктивної поведінки у вигляді суїцидальних спроб — для цих хворих характернішим була наявність дифузних пароксизмів високоамплітудного β -ритму та повільнохвильових коливань, згладження регіонарних відмінностей головного мозку, що свідчило про дисбаланс адаптаційно-судинних регуляторних центрів гіпокампально-гіпоталамічної системи та дисфункцію кортикально-стовбурових шляхів збудження/гальмування головного мозку.

УДК 615.13-004.6:362.17:615.851

Д. А. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса Клініко-психологічна дезадаптація у родичів хворих на судинну деменцію та її психокорекція

Актуальність досліджень різноманітних аспектів судинної деменції (СД) обумовлена низкою медичних та соціальних причин. Одним із основних факторів, що привертає увагу до проблеми СД, є тенденція до невпинного збільшення частки осіб похилого віку в населенні економічно розвинених та більшості країн.

До сьогодення часу проблеми клініко-психологічної дезадаптації осіб, родичів яких хворіють на деменцію практично не розкриті. Результати проведених нами початкових робіт показали актуальність та необхідність детального вивчення цього питання, дозволили точніше сформулювати напрямки дослідження клініко-психологічної дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та шляхи її психокорекції, дозволили вдосконалити методи психологічного обстеження і стали основою для масштабніших і докладніших досліджень.

Мета дослідження: на ґрунті системного підходу вивчити закономірності формування дезадаптації у родичів хворих на судинну деменцію та розробити комплексну систему її психокорекції шляхом формування адекватної мотивації догляду за хворим на судинну деменцію. Вивчити особливості психоемоційного стану родичів хворих на судинну деменцію.

На базі «Одеського обласного медичного центру психічного здоров'я» було обстежено 128 хворих на судинну деменцію та 235 їхніх родичів. Дослідження проводилось з дотриманням принципів медичної етики та деонтології. Родичів хворих було інформовано про тему та мету наукової роботи, а також про заходи психокорекції, які проводились в дослідженні. В ході роботи дослідження неодноразово підкреслювалось, що участь у дослідницькій роботі є цілком добровільною та конфіденційною, та роз'яснювалось право відмови від дослідження.

Впровадження системи медико-психологічної допомоги особам, які здійснюють догляд за хворим на судинну деменцію дозволив зменшити психоемоційне напруження, покращити міжособистісні відносини та гармонізувати стосунки у родині, наблизити зміст та характер переживань до рамок «нормальної реакції горя»; для медичного персоналу — підвищити рівень знань з психології інкурабельного онкологічного хворого, членів його родини та психології медичного працівника, покращити комунікативні навички та вміння застосовувати адекватні стратегії поведінки в конфліктних ситуаціях, знизити неадаптивне реагування на психотравмуючу та стресову ситуацію.

УДК 616.89-008.441.13-06:616.45-001.1/3

К. Д. Гапонов

КЗОЗ «Обласний наркологічний диспансер»; Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків До проблеми патологічного взаємозв'язку посттравматичних стресових розладів та алкогольної залежності

Сучасний період розвитку нашої держави характеризується значною кількістю деструктивно-дестабілізуючих та соціально зумовлених стресогенних чинників, наслідком чого є значне підвищення довготривалого стресу.

сового навантаження, в умовах якого живе населення України. Це породжує низку негативних зрушень в стані здоров'я нації, серед яких одним з найбільш значущих є збільшення рівня вживання психоактивних речовин, насамперед алкоголю, яке виникає як несприятливий механізм компенсації нервово-психічного напруження та варіант хронізації різноманітних постстресових розладів, доходячи іноді до їх клінічно окресленої коморбідності.

Американські дослідники (R. B. Lacoursiere, K. E. Godfrey, L. M. Ruby, 1980) на ґрунті результатів обстеження учасників війни у В'єтнамі описали «порочне коло» взаємозв'язків посттравматичного стресового розладу (ПТСР) і алкогольної залежності (АЗ): в структурі ПТСР вони виокремили низку симптомів (хронічна тривога, неспокій, безсоння, страхітливі сновидіння), які пацієнти усували за допомогою прийому алкоголю, що призводило до розвитку в них АЗ, а спроби утримання від алкоголю в цих випадках вели до розвитку атипового ПТСР-подібного абстинентного синдрому, що сприяло його подальшому загостренню та прогресуванню.

Подібна тенденція зафіксована фахівцями і під час обстеження солдатів ізраїльської армії, які брали участь у бойових діях (A. E. Skodol, S. Schwartz, B. P. Dohrenwend et al., 1996): ПТСР у обстежених часто супроводжувалися афективними розладами та прийомом алкоголю — від вживання зі шкідливими наслідками до сформованої АЗ.

Свого часу вчені Російської Федерації дійшли висновку, що специфічними для їх країни є такі прояви ПТСР, як алкоголізація, наркотизація і бажання особи повернутися знову в колишню психотравмуючу ситуацію бойових дій, де вона відчувала свою «значимість і потрібність» (А. В. Дворчик, В. Н. Курышов, А. Г. Бриль, С. О. Кабанов, 1999).

Вітчизняні вчені також наголошують особливості перебігу ПТСР у осіб з АЗ: зазначено, що зловживання алкоголем відіграє роль своєрідної патологічної «захисної» реакції на подію, що призводить до психоемоційного дистресу, але потім на перший план виходять негативні наслідки алкоголізації (Г. О. Мусієнко, О. В. Бараненко, С. В. Гольцова, Л. Ю. Віхляєва, 2005); також наголошено, що вживання алкоголю хворими на ПТСР є одним з несприятливих компенсаторних механізмів, що призводить до маскування симптоматики, характерної для ПТСР, і формування хронічних порушень особистості (В. Н. Кузьмінов, О. О. Васильєва, 2004).

Взагалі, взаємозв'язок між алкоголем і стресом був виявлений ще за стародавніх часів. З одного боку, алкоголь вважався засобом полегшення стресу, а з іншого — стресові ситуації індукували споживання алкоголю. Сучасні соціологічні дослідження виявили зв'язок між рівнем стресу в суспільстві і рівнем пов'язаних з алкоголем проблем, від яких це суспільство потерпає.

Наукові дослідження показали, що у розвитку й підтримці АЗ значну роль відіграє гормон стресу — кортикотропін-рилізінг фактор (КРФ), що присутній в гіпоталамусі і гіпофізі (J. Lavicky, A. J. Dunn, 1993; K. Pacak, M. Palkovits, I. J. Kopin, D. S. Goldstein, 1995; G. F. Koob, 1999; L. K. Jacobsen, S. M. Southwick, T. R. Kosten, 2001; N. Ait-Daoud, J. D. Roache, M. A. Dawes, L. Liu et al., 2009). Стрес супроводжується викидом КРФ, що запускає каскад реакцій, спрямованих на вивільнення глюোকортикоїдів. Останні забезпечують мобілізацію й спрямований перерозподіл енергетичних ресурсів організму, швидке енергетичне забезпечення органів, відповідальних за адаптацію — активується гліколіз, викид ліпідів з депо, підвищується окислення жирних кислот, активується

глюоконеогенез. Активація задніх відділів гіпоталамуса приводить до стимуляції симпатико-адреналової системи й викиду катехоламінів. КРФ присутній і в мозочковій мигдалині (причетній до надмірної тривожності й до зловживання алкоголем), яка формує стресову реакцію організму в людини. КРФ підвищує силу гальмівних синапсів у нейронах, що властиво й алкоголю. Було показано, що алкоголь, так само як і стрес, впливає на гіпоталамо-гіпофізарно-адреналову вісь, змінюючи реакцію її ланок, та, через зниження вироблення кортизолу, який організм виробляє у відповідь на стрес, подовжує суб'єктивні переживання нервового напруження, спричиненого стресом. Стрес, в свою чергу, через вироблення кортизолу, знижує ефект алкогольного сп'яніння і призводить до бажання подальшої алкоголізації (L. A. Ray, 2011).

Система розширеної мигдалини включає елементи, яким властиве як підкріплення, так і стрес-реактивність. Докладне вивчення системи показало, що центральне ядро мигдалини, багате вмістом КРФ, відіграє провідну роль у реалізації підкріплювальних ефектів фармакологічних засобів, з наркогенним потенціалом. Експериментально доведено, що, по суті, мигдалина виконує спонукальну роль в активації гіпоталамічних механізмів підкріплення. Це дозволяє розглядати нейрогормональну систему, що включає мигдалину, гіпоталамус, гіпофіз і надниркову залозу, як структурно-функціональне підґрунтя формування залежності від різних наркогенів, насамперед, алкоголю.

Таким чином, активація гормону стресу прямо пов'язана з розвитком АЗ. Підводячи підсумок, можна констатувати, що вживання спиртного впливає на механізми розвитку стресорного стану через пригнічення деяких ланок стрес-реалізуючих та стимуляції ланок стрес-лімітуючих систем.

УДК 616.891.8-08

Н. В. Георгиевская

*Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков*

Система психотерапии семейных пар с сексуальными и невротическими расстройствами у жены

Невротическое расстройство у женщин часто сочетается с сексуальными нарушениями и имеет большую распространенность среди населения. В супружеской паре при сексуальных нарушениях у одного из супругов страдают оба. Сексуальные нарушения при невротическом расстройстве у женщин встречаются, по данным различных авторов, до 80 % случаев всей патологии, нередко приводя к нарушению отношений в семье, снижению репродуктивной функции, распаду брака. Нами было проведено системное исследование сексуальной дезадаптации супружеской пары при невротическом расстройстве у жены, результаты которого послужили основанием для разработки системы патогенетически направленной психотерапии.

Разработанная система психотерапии была апробирована нами при лечении 250 супружеских пар с сексуальной дезадаптацией, в которых жены страдали невротическим расстройством (неврастенией, смешанным диссоциативным и обсессивно-компульсивным, ипохондрическим расстройствами).

На первом, установочном этапе проводили выявление и устранение неадекватных и деструктивных

установок, оценок и представлений супругов в области сексуального взаимодействия.

На втором этапе психотерапевтической коррекции усилия были направлены на дезактуализацию переживаний, связанных с сексуальной дезадаптацией, компенсацию неадекватных эмоциональных реакций на нее, а также на повышение сексуально-эротической привлекательности брачного партнера.

На третьем этапе психотерапии повышался практический уровень их сексуальной компетентности, достигалась оптимальная согласованность взаимодействия, формировалось новое адаптированное сексуальное поведение.

УДК 616.85-039-055.2-008.47-036.66

Л. О. Герасименко

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Принципи медико-психологічної реабілітації у жінок із невротичними розладами за наявності психосоціальної дезадаптації

В індустріальних країнах підвищення інтересу до соціального функціонування, якості життя, психосоціальної реабілітації пацієнтів є показником прагнення до розвитку цілісного погляду на індивіда в медицині і в соціальних науках. У сучасному світі концепція реабілітації включає і профілактику, і лікування, і пристосування до життя і праці після хвороби та особистісний підхід до хворої людини. Провідні фахівці розрізняють медичну, професійну та соціальну реабілітацію. За останні роки в усьому світі термін «психосоціальна реабілітація» використовують надзвичайно широко та актуальними є питання щодо реабілітації, профілактики, психосоціальної допомоги за наявності невротичних розладів.

Апробацію розробленої програми психосоціальної реабілітації проводили у 94 пацієнтів із психосоціальною дезадаптивною поведінкою при невротичних розладах та у 79 жінок з аналогічною патологією, але без ознак психосоціальної дезадаптації, які отримували лікування за традиційними принципами. Загальним спрямуванням реабілітаційних заходів було формування гармонійного ставлення до хвороби, позитивних настанов, корекція психоемоційного стану, невротичних розладів, компенсація патоперсоналогічних рис, формування конструктивних модулів поведінки, міжособистісної взаємодії між усіма членами родини та підвищення рівня мотивації щодо терапевтичного процесу. Система реабілітації загалом складалась із двох базових блоків — власне реабілітаційного та реадaptaційного. Процес реалізації запланованих заходів відбувався у трьох напрямках: медично-соціальному, індивідуальному та внутрішньосімейному. Власне реабілітаційна складова являла собою диференційовану програму психокорекції, що виконувалась нами у два етапи. Перший етап — психодіагностично-адаптаційний, другий — корекційний, що реалізовувався у стаціонарі та амбулаторно. Застосовували гіпноуггестивну і раціональну психотерапію, а також когнітивно-біхевіоральну, психоаналітично-орієнтовану психотерапію. Власне терапевтичний вплив був спрямований на лікування невротичних розладів та декомпенсацію патохарактерологічних змін, а також досягнення відповідного рівня компенсації. Під час лікування невротичних розладів широко застосовували психосвітні програми. На етапі стаціонарного лікування здійснювали індивідуальний

підбір фармакологічних препаратів відповідно типу невротичного розладу і тяжкості його перебігу.

Ревадaptaційна складова системи психосоціальної реабілітації включала у себе соціальну, трудову та сімейну реадaptaцію. Це був фактично підтримуючий етап у системі психосоціальної реабілітації, і він проводився в умовах амбулаторного сімейного лікування після відповідного попереднього навчання жінок і їх сімейного оточення належним методом та методикам. Тут основним методом психокорекційного впливу була супортівна терапія. Таким чином досягали повної чи парціальної адаптації, що наближало пацієнтку до відчуття індивідуальної й суспільної повноцінності, властивих їй до хвороби.

Зіставлення результатів в основній та групі порівняння свідчать на користь ефективності розробленої системи реабілітації, про що вказує достовірне переважання показника одужання та відсутність пацієнтів із погіршенням психічного стану в основній групі.

УДК 616.831-005-036.12-092-085

И. А. Григорова

Харьковский национальный медицинский университет, г. Харьков

Клинико-патогенетические аспекты хронических нарушений мозгового кровообращения

Хронические нарушения мозгового кровообращения, именуемые в Украине как дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ), является одной из наиболее актуальных проблем клинической неврологии. Известно, что ДЭ — медленно прогрессирующая цереброваскулярная недостаточность, приводящая к развитию множества мелкоочаговых некрозов мозговой ткани, нарушению функции мозга, а в последней стадии ДЭ — к мозговой атрофии. ДЭ, в зависимости от её стадии, может иметь обратимый характер психоневрологических и когнитивных синдромов при I и II стадиях заболевания), а в её III стадии наблюдаются как выраженные очаговые синдромы, так и эмоционально-волевые нарушения, а также одно из самых драматических нарушений, приводящих к развитию деменции.

У наблюдаемых нами 200 больных с ДЭ в I стадии заболевания преобладал неврастенический синдром, во II стадии — сочетание неврологических и когнитивных нарушений, преимущественно мнестических (снижение когнитивных функций по шкале MMSE до 20—23 баллов), с развитием деменции легкой степени выраженности. У пациентов с III стадией заболевания отмечено выраженное уменьшение объема жалоб, снижение критики к своему состоянию. Объективно наблюдались псевдобульбарный, амиостатический, вестибуло-атактический, пирамидный синдромы, эмоционально-волевые нарушения и деменция (степень выраженности по шкале MMSE — до 13—11 баллов). Всем больным проводили комплекс общепринятых методов обследования: измерение артериального давления, аускультация магистральных артерий головы, офтальмоскопия, электрокардиография (ЭКГ), холтеровское ЭКГ-мониторирование, эхокардиография, биохимические исследования крови, ультразвуковая доплерография (УЗДГ) экстра- и интракраниальных сосудов головного мозга, электроэнцефалография, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография.

При ДЭ продолжается ишемический, повреждающий мозговую ткань каскад, проявляющийся повышением уровней стресс-гормона кортизола, диеновых

конъюгатов, малонового диальдегида, свободных перекисей и гидроперекисей со снижением показателей антиоксидантной системы: глутатиона, SH-групп, витамина С, супероксиддисмутазы, каталазы, пероксидазы. Важным также является состояние биохимических процессов, обеспечивающих эндогенную защитную активность, к которым относятся нейротрофичность, нейропротекция, нейропластичность и нейрогенез.

Нейротрофика — процесс, подразумевающий пролиферацию, миграцию, дифференциацию и выживаемость нервных клеток. Нейропротекция — комплекс механизмов, противодействующих повреждающим факторам. Нейропластичность — процесс постоянной регенерации, в случае естественного или патологического повреждения, адаптирующий нервную систему к новым функциональным условиям. Активация нейропластичности сопровождается стимуляцией экспрессии определенных генов, биосинтезом молекул рецепторов, ионных каналов, компонентов синаптической мембраны, нейромедиаторов, молекул межклеточной адгезии, образованием новых контактов, реорганизацией активных синапсов. В эксперименте показана возможность постинсультного нейро- и ангиогенеза.

Нами использовалась патогенетическая медикаментозная коррекция, направленная на улучшение антистрессовых механизмов: препараты, улучшающие нейропластичность, когнитивные функции (цитиколин (Лира), глиатилин (глиатон); уменьшающие эндотелиальную дисфункцию и дисметаболизм (вазопро, тивортин); средства, улучшающие мозговое кровообращение (вестинорм), и симптоматическая терапия.

В качестве мишеней исследования были избраны актуальные в современной среде пристрастия и зависимости, для обследования которых были использованы восемнадцать соответствующих AUDIT-подобных тестов.

В соответствии с целями исследования было обследовано 52 здоровых испытуемых.

При усредненной оценке аддиктивного статуса обследованных, давших определенные ответы, установлено, что «употребление» пяти аддиктивно опасных объектов превысило в ней «порог» относительной безопасности (7 баллов в соответствующих AUDIT-подобных тестах), а именно: чай/кофе (10,85 балла), еда (9,73 балла), использование Интернета (9,23 балла), работа/учеба (9,00 баллов), просмотр телевизора (7,38 балла).

Не превышался «порог» относительно безопасного «употребления» в тестах по показателям: употребление табака (6,65 балла), шопинг (5,27 балла), чтение книг/журналов (5,54 балла), секс (4,83 балла), компьютерные игры (3,48 балла), употребление алкоголя (3,79 балла). Наименьшие показатели наблюдались в тесте на азартные игры (0,63 балла). Отрицали обследованные употребление каннабиноидов, растворителей, снотворных и седативных средств, психостимуляторов, опиоидов и галлюциногенов.

Согласно полученным результатам, 19,24 % обследованных отнесены в группу высокого риска формирования аддикций, 32,69 % — в группу среднего риска, 26,92 % — в группу низкого и 21,15 % — в группу отсутствия риска развития аддикций.

Полученные результаты указывают, что изучение риска аддикций среди здоровых является важным профилактическим мероприятием.

УДК 616.89-008.447-037

М. М. Денисенко

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Определение видов риска развития аддикций среди населения Украины

Эпидемиологическая ситуация в сфере психического здоровья в Украине характеризуется неуклонным возрастанием различных вариантов зависимостей, многие из которых остаются вне поля зрения специалистов.

Такая эпидемиологическая ситуация и выраженность медико-социальных последствий зависимостей, во многом обусловлена экономическими, социальными и психологическими изменениями, достигающими степени кризисных, что постоянно повышает требования к механизмам личностно-психологической адаптации, способствует формированию фрустрации и невротического конфликта.

В качестве инструмента, замещающего неудовлетворенную потребность и снижающего мотивационно-эмоциональное напряжение, люди часто используют «искусственные» стимуляторы положительных эмоций в виде фармакологических (прием веществ, воздействующих на психику) и нефармакологических (сосредоточение на определенных предметах и активностях, которые сопровождаются развитием субъективно приятных эмоциональных состояний) агентов.

Исходя из приведенных данных, нами было проведено исследование для изучения распространенности непсихотических аддикций у здоровых для совершенствования ранней диагностики, терапии и профилактики данных состояний.

UDK 616.89

М. Driuchenko

Zakarpats'kyi Regional Narcologic Dispensary, Uzhhorod

Clinical observation: posttraumatic stress disorder as a factor of affective disorders

Clinical case. A patient is a migrant from Donetsk. Reason of a force migration in Zakarpattia tragic death of man became as a result of battle actions. Remained with two minor children and aged parents. Migration took place in 4 months after a tragedy and patient got in the situation of low level of domestic comfort, unemployment and foreign surroundings, having an own house to that, stable work with a sufficient acquests. On this background for a patient insomnia, anxiety and opinions of hypochondria maintenance, began to show up. Abnormal psychology symptomatology made progress and purchased the clinically expressed forms; appeared suicidal thoughts. Ambulatory treatment by antidepressants (Paroxetine 40 mg), it appeared tranquilizers (Gidazepam 100mg) ineffective. In October, 2014 a patient is hospitalized in psychiatric permanent establishment, the diagnosis of posttraumatic stress disorder (PTSD) is set, through a month written in the satisfactory state (des intoxication therapy, Mianserin 60 mg, quetiron 400 mg). In April 2015 during a routine consultation the patient revealed a steady decline in mood, pessimistic thoughts, anhedonia and reconstruction suicidal disposition. Since depressive disorder patient repeatedly hospitalized, but during the holiday made suicide attempts (poisoning medicines). After resuscitation, activities all returned to the psychiatric hospital for two months of treatment. Psychodiagnostics depression scales revealed severe depressive disorder with psychotic

symptoms. The treatment included desintoxication therapy, symptomatic therapy, restorative therapy, Amitriptyline 100 mg, Gidazepam 100 mg, Amisulpride 400 mg, Mianserin 60mg, psychotherapeutic correction. In the process of hospital treatment the patient's condition improved significantly and independently discharged from the recommended outpatient treatment. Successfully continuing outpatient treatment (Mianserin 30 mg, quetiron 200 mg).

УДК 615.212.7:615.89-008.447

М. М. Дюженко
Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, м. Харків
**Вживання наркотичних речовин
особами із розладами поведінки**

Проблема стійких дисоціальних або агресивних форм поведінки (задовольняє загальним критеріям F 91 за МКБ-10) у підлітків набуває особливої актуальності в Україні в силу того, що соціально-економічна криза стимулює процес поширення соціально негативних видів поведінки, які набувають масового характеру і нерідко навіть сприймаються як прийнятний поведінковий стиль.

Зловживання речовинами, що змінюють психічний стан, розглядається як одна з форм деструктивної поведінки, яка виражається в прагненні до відходу від реальності шляхом зміни свого психічного стану за допомогою прийому деяких речовин, що супроводжується розвитком інтенсивних емоцій.

За допомогою AUDIT-подібних тестів було обстежено 40 осіб підліткового та юнацького віку із ознаками розладів поведінки. Майже в усіх був виявлений досвід вживання наркотичних речовин.

Особи із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання опіоїдів — вживали характерні для Харківської області опійні наркотичні препарати: ацетильований екстракт із макової соломки, синтетичні та напівсинтетичні опіоїди (метадон, бупренорфін), та таблетовані препарати, що вміщують кодеїн — кодтерпін, коделсан та інші).

Досвід вживання канабісу було виявлено в усіх обстежених.

Обстежені із психічними та поведінковими розладами внаслідок вживання седативних та снодійних речовин вживали транквілізатори різних хімічних груп, або барбітурати.

Також серед обстежених спостерігалось вживання кустарно виготовлених психостимуляторів, що мають у своєму складі дериват норефедрину — меткатинон (метилкатинон). Джерелом сировини були офіційні лікарські засоби, які містять у собі ефедрин.

Більш ніж половина обстежених мала досвід вживання двох або більше психоактивних речовин. Найбільш частими комбінаціями вживаних психоактивних речовин були: алкоголь та седативні препарати, опіати та алкоголь, опіати та седативні препарати (дімедрол, транквілізатори), опіати та гашиш, опіати та ефедрон.

Клінічна картина абстинентного синдрому при полінаркоманіях значно важче, бо обумовлюється не простою сумарністю дії окремих наркотиків, а результатом їхньої взаємодії, що виявляється у поглибленні абстинентних порушень. Використання хворими комбінацій кустарно виготовлених наркотиків, що здобули в останні роки широке розповсюдження та належать до різних полюсів спектра психоактивних речовин, а саме,

до депресантів (опіати) та психостимуляторів («первітин» та ефедрин), кожний із яких має максимально високий адиктивний потенціал, призводить до розвитку однієї з самих високопрогредієнтних форм наркоманій — опійно-«первітинової» (ефедренової) полінаркоманії, для якої характерний тяжкий абстинентний синдром. Особистісні порушення стають грубішими, асоціальна поведінка набуває важчі та потворні форми, частіше спостерігаються психотичні порушення з затяжним перебігом, нерідко має місце виражене зниження мнестичних та інтелектуальних функцій.

Таким чином, діагностика, психопрофілактика і корекція розладів поведінки у осіб підліткового та юнацького віку повинна здійснюватися мультидисциплінарною бригадою, до складу якої повинен входити лікар-нарколог. Також слід наголосити, що особливо небезпечним серед даного контингенту є вживання декількох психоактивних речовин, оскільки це може призвести до формування полінаркоманії, резистентної до лікування.

УДК 616.45-001.1/.3-003.96-092:159.96

В. М. Загуровський
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Внутрішній конфлікт особистості в патогенезі постстресорної дезадаптації

Постстресорна дезадаптація та посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) стають все важливішими проблемами в нашому суспільстві. Величезна кількість людей нашої країни, як перебувала, так і перебуває під впливом цілого спектра стресорних чинників. Останні зачіпають майже всі сторони життя — соціальні потрясіння, втрати (фінансові, роботи, перспективи бізнесу, освіти), житлові проблеми, втрата звичного способу життя, житла, рідних і т. д., відсутність життєвої перспективи, соціальна нестабільність, різке падіння рівня життя. Особливе місце займають люди, що тим чи іншим чином мають стосунок до силових структур, мобілізовані, волонтери, учасники бойових дій. До всіх згаданих чинників стресу у цієї категорії долучаються: різка зміна життєдіяльності, нові життєві ситуації, зміна поведінки, життєвих цінностей, реального соціального статусу, реальна загроза особистості, яка може мати вітальний характер тощо. Всі ці чинники стресу характеризуються невизначеністю в часі, не контролюються особистістю, безпомічністю перед їх впливом та невідворотністю, побічним впливом на долю рідних. Згадані чинники достатньо важкі і значимі. На їх тлі від уваги психологів, психіатрів та психотерапевтів майже завжди уникає проблема внутрішнього конфлікту особистості. Якщо згадати концепцію психічної травми Р. Янофф-Бульман, психічна травма являє собою зміну базисних переконань особистості. Їх витоки лежать у ранньому дитинстві та розпочинають формування на ґрунті взаємодії зі значимими дорослими. Далі вони лягають в основу майбутніх переконань про навколишній світ і власне Я дорослої людини. Базисним переконанням притаманний високий рівень їх узагальненості й глобальності, тому що вони відображають уявлення особистості про власне Я і навколишній світ в цілому. Вони — відносно стабільні протягом життєвого шляху особистості. Однак існують особливі життєві ситуації (травматичний досвід), які можуть змінити базисні переконання. В умовах військової служби та участі в бойових діях головною ціллю є виконання бойового завдання,

а не особистість військового, що входить у суперечність із правилами і моральними принципами цивільного життя. Крім цього, жорстокість, цинізм, узаконені насилля та смерть, низька ціна та нівелювання інтересів, цінностей, життя особистості, що присутні у бойових умовах входять в жорстку суперечність з настановами та принципами мирного життя. Учасники бойових дій не тільки все це спостерігають, але і самі вимушені їх застосовувати, діяти і жити за правилами війни. В цих умовах базисні переконання комбатанта є перепорою для його виживання та виконання своєї місії. В цих умовах не залишається остеронь і підсвідоме особистості. Дозвіл на насилля змитає багато табу, що були накладені під час виховання людини у суспільстві. Все це приводить до того, що у комбатантів формуються нові переконання, стратегії поведінки, цінності, принципи моралі, які значно відрізняються та входять в жорстку суперечність з тими, що були сформовані протягом життя. Усвідомлення особистістю того, що вона діє всупереч сповідуваним все життя, донедавна звичним, без сумніву правильним принципам та цінностям, приводить до розвитку внутрішнього конфлікту. Його розвиток значно знижує успішність особистості, призводить до розвитку дезадаптації та клінічного рангу розладів. Якщо порівняти структуру проявів постстресової дезадаптації та ПТСР із наслідками внутрішнього конфлікту, то можна бачити майже повну їх спорідненість. Головне завдання психокорекції при цих розладах — відновлення гармонії і цілісності когнітивної моделі світу й особистості, її базових переконань: справедливості, власної цінності, доброти навколишніх, тому що саме ці оцінки в найбільшому ступені спотворюються в жертв травматичного стресу, що страждають на ПТСР.

УДК 616.895.8-008.47

К. Ю. Закаль

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Клинико-психопатологические предикторы нарушений медикаментозного комплайенса у пациентов с параноидной шизофренией

Актуальность и необходимость исследований закономерностей формирования шизофрении обусловлена выраженными медико-социальными последствиями этого заболевания.

К медико-социальным последствиям шизофрении относятся высокий риск суицида (9—13%), снижение качества жизни пациентов и их окружения, сокращение продолжительности жизни пациента на 10—25 лет и высокий уровень смертности, который в 2—3 раза превышает популяционные показатели. Важной проблемой улучшения исходов шизофренического процесса является эффективное лечение, основа которого — приверженность пациента терапевтическому процессу.

В последние годы в психиатрической практике для определения приверженности к лечению используют термин «комплаенс», который отражает соблюдение пациентом предписанных ему лечебных рекомендаций. В научном смысле термином «комплаенс» определяют не широкое значение (приверженность ко всем рекомендациям, включая образ жизни, хобби и прочее), а прежде всего — приверженность к медикаментозному лечению. Интерес к проблеме комплайенса в последние годы возрос в связи с тем, что внимание специалистов, работающих в сфере психического здоровья, становится все

более сфокусированным не на регрессе симптоматики, а на предупреждении рецидивов и обусловленных ими госпитализаций.

В современных исследованиях доказано, что у 20—50 % пациентов с шизофренией наблюдаются те или другие варианты нарушений приверженности терапии, которые обуславливают негативные последствия болезни в виде обострений психоза, ауто- и гетероагрессии, злоупотребления психоактивными веществами и т. д.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических предикторов нарушений медикаментозного комплайенса (МК) у пациентов с различными типами течения параноидной шизофрении (ПШ).

Нами было обследовано 202 пациента с непрерывным (НТ), эпизодическим (ЭТ) и ремитирующим (РТ) течением ПШ, среди которых выделены три группы:

1) 64 больных параноидной шизофренией с непрерывным течением (31 больной ПШ с НТ и высоким МК и 33 больных ПШ с НТ и низким МК);

2) 72 больных параноидной шизофренией с эпизодическим течением (38 больных ПШ с ЭТ и высоким МК и 34 больных ПШ с ЭТ и низким МК);

3) 66 больных параноидной шизофренией с ремитирующим течением (30 больных ПШ с РТ и высоким МК и 36 больных ПШ с РТ и низким МК).

Больные с высоким МК и с низким МК составили группы сопоставления.

Для реализации цели нами использовался комплекс методов.

I. Клинико-психопатологический метод.

II. Психометрические методы: шкала оценки позитивной и негативной симптоматики PANSS [S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler, 1987]; шкала оценки продуктивной психопатологической симптоматики (BPRS); шкала оценки негативной симптоматики (SANS); шкала глобального функционирования (GAF); шкала медикаментозного комплайенса [Метод прогнозирования медикаментозного комплайенса в психиатрии: метод. реком. / НИПНИ им. В. М. Бехтерева: сост.: Н. Б. Лутова и др., 2007]; опросник выраженности психопатологической симптоматики [The SCL-90-R L. R. Derogatis, 1975]; шкала суицидального риска [B. В. Нечипоренко, В. К. Шамрей, 2007].

III. Психодиагностические методы: опросник Леонгарда — Шмишека [Б. В. Овчинников, И. Ф. Дзяконов, Л. В. Богданова, 2010]; методика оценки интегративного показателя качества жизни (Quality of Life Index) [J. Mezzich, N. Cohen, M. Ruizperez et al., 1999]; методика определения способности к психосоциальной адаптации (EAPS).

IV. Методы статистической обработки полученных данных [М. Ю. Антомонов, 2006].

В результате исследования выявлены проявления низкого уровня МК: у больных с ПШ НТ, к ним относились низкий уровень терапевтического альянса, нежелание принимать медикаменты, уклонение от приема лекарств, эпизоды прекращения приема лекарств в анамнезе; у пациентов с ПШ ЭТ такими проявлениями были — низкий уровень терапевтического альянса, негативное отношение к принимаемым препаратам из-за ранее испытанных тягостных побочных действий и отсутствия эффекта, отрицательное отношение к ранее принимаемым медикаментам, низкая оценка эффективности принимаемых препаратов; у больных ПШ РТ признаками низкого МК являлись неудовлетворенность режимом приема препарата, прием медикаментов только под контролем

(родственников или медперсонала), а также низкий уровень терапевтического альянса.

Клиническими предикторами низкого МК при ПШ НП были выраженность негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, апатоабулические расстройства); высокая частота обострений; низкий уровень социального функционирования в работе, учебе, семейных отношениях и общении и частичная критика к болезни.

У пациентов с ПШ ЭТ в качестве предикторов выступали выраженность продуктивной симптоматики (враждебность, нарушение мыслительных процессов, напряженность); коморбидность со злоупотреблением алкоголем; частичная критика к болезни.

У больных ПШ с РТ к клиническим предикторам низкого МК отнесены выраженность продуктивной симптоматики (бредовое мышление, манерность, вычурность поведения); частичная критика к болезни (отсутствие инсайта на психологические механизмы болезни); суицидальные тенденции, меланхолическое и анозогнозическое отношения к болезни; низкий уровень функционирования в социальной и профессиональной сферах.

На основании полученных данных разработана система коррекции нарушенного МК у пациентов с ПШ.

УДК 616.831-005.1-082 (477)

І. С. Зозуля, А. І. Зозуля

*Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика МОЗ України, м. Київ*

Необхідність організаційних змін в боротьбі з інсультом в Україні

В Україні склалася загрозна ситуація, яка обумовлена наслідками інсульту. Сьогодні реєструється в Україні до 175—200 тис. хворих на інсульт, в Росії — 700—750 тис., в той же час в США — 450 тис. В нашій державі кожні 3 хвилини виникає новий випадок інсульту. Смертність від інсульту коливається від 400 до 600 осіб на 100 тис. населення. Це становить в 11,2—12,75 рази вище, ніж в Швейцарії й інших країнах Європи. Слід наголосити, що смертність від інфаркту міокарда знижується, а від інсульту — збільшується.

Мета: загострити увагу на питаннях, які повинні вирішуватися уже сьогодні для покращання допомоги пацієнтам з інсультом.

Об'єкт дослідження: багаторічні спостереження в клініках великого міста (м. Київ).

Методи дослідження: аналітичний, статистичний.

Сьогодні гостро стоїть питання надання екстреної допомоги на догоспітальному та ранньому госпітальному етапах, впровадження в великих закладах охорони здоров'я відділень невідкладних станів, де повинні працювати мультидисциплінарні бригади лікарів, цілодобово нейровізуалізуючі методи дослідження (комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, ангіографія, ультразвукова доплерографія) і надавати допомогу за принципом — «від дверей до голки».

Гостро стоїть питання медикаментозного забезпечення хворих з гострим інсультом. Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Європейською протиінсультною ініціативою, Американською асоціацією інсульту розроблялися рекомендації лікарського забезпечення інсультних хворих. Однак ці рекомендації включають лише декілька препаратів нейропротекторної дії і не мають вазоактивних або ноотропних препаратів, більш широкого застосування нейпротекторів для захисту го-

лового мозку від ішемії (типу цитиколіну, нейроксону, корвітину).

Навіть тромболітична терапія рекомбінантним тканинним активатором плазміногену, з впровадженням якого були великі надії, у відповідності до державних протоколів ведення інсультних хворих, може бути використаний лише у 1—2 % пацієнтів, а в судинних центрах — до 5 % пацієнтів.

Сьогодні в Україні не має єдиного системного підходу в лікуванні хворих з інсультом: не організовані спеціалізовані судинні центри (відділення) з палатами (блоками) інтенсивної терапії, нейрохірургічним, неврологічним відділеннями і відділенням ранньої реабілітації (відновного лікування) зі спеціально підготовленим персоналом. Поки що відсутні локальні протоколи, які відповідають світовим стандартам, відсутня єдина стратегія і тактика надання допомоги інсультним хворим. Стоїть питання спеціальної підготовки персоналу (лікарі, медичні сестри, молодші сестри) для роботи в інсультних центрах. Такий персонал ще мало інформований як в діагностичному, так і в лікувальному плані.

Сьогодні — недостатня інформованість як лікарів, так і населення в цілому, в результаті чого не використовуються в повній степені профілактичні заходи. Слід наголосити, що кожен невролог в Україні має свою думку щодо лікування інсульту, яка у більшості випадків відрізняється від світових стандартів. Ще простежується в лікуванні інсультних хворих поліпрагмація, нераціональне зниження артеріального тиску та ін.

Сьогодні центральною ланкою в протиінсультній службі повинні бути чотири основних напрямки боротьби з інсультом: первинна профілактика, допомога при гострому інсульті, вторинна профілактика і вичерпна реабілітація.

Головним принципом надання оптимальної допомоги при гострому інсульті повинен стати лозунг: «Гострий інсульт — це невідкладний медичний стан». Необхідною умовою ефективного надання медичної допомоги в гострий період інсульту є госпіталізація для обстеження і лікування, бажано не пізніше 3 годин з часу виникнення інсульту доставити пацієнта в спеціалізоване інсультне відділення.

В Україні хворі попадають в лікарні дуже пізно, як правило — більше, ніж через 6 годин після виникнення інсульту, а то і на другу добу. Потрібно впровадити в широкі маси лозунг «час — це мозок». Цей лозунг повинен бути орієнтиром для пацієнта і для лікаря. Тільки активна, цілеспрямована допомога (в тому числі тромболітична терапія) протягом перших 3 годин після виникнення інсульту може спасти мозок, а значить всі життєвоважливі функції.

Дуже важливим елементом є навчання диспетчерів центрів екстреної медичної допомоги навичкам розпізнавання ознак інсульту з урахуванням простих критеріїв уже при формуванні виклику. Важливе значення має симптомокомплекс «обличчя — рука — мова», який є прямим свідченням інсульту.

Диспетчер повинен професійно ставити питання хворому або його представникам для з'ясування діагнозу.

Надання медичної допомоги хворому інсультом повинно бути пріоритетним, як при гострому інфаркті міокарда або тяжкій травмі. Потрібно, щоб бригада екстреної (швидкої) медичної допомоги була не просто перевізником, а могла надати термінову допомогу на догоспітальному етапі (на місці катастрофи, при транспортуванні). В першу чергу бригада повинна здійснити

при необхідності всі реанімаційні заходи (за системою ABCDE), штучну вентиляцію легень, провести корекцію артеріального тиску, цукру, температури, запобігти набряку головного мозку (підняти головний кінець на 30°, вдихати зволожений кисень).

Госпіталізацію потрібно здійснити не куди-небудь, а в ближнє спеціалізоване судинне відділення (центр).

В інсультному відділенні підготовлені медичні працівники (мультидисциплінарна бригада) терміново обстежуючи хворого, надають допомогу, керуючись протоколами і алгоритмами з контрольними листами, в яких документують всі дані діагностики і лікування. Завданням лікарів в цей період є не тільки діагностика і лікування але й попередження ускладнень (тромбоемболії, набряк головного мозку, легень), проведення ранньої реабілітації (положення, мобілізація, дихання).

Дуже важливим є накопичення досвіду поширення передових технологій, і що дуже важливо — створити спеціальний реєстр, який буде мати достовірні дані про медичні і соціально-економічні наслідки інсульту, стан системи допомоги хворим з інсультом, потреби в матеріально-технічному та кадровому забезпеченні.

Реалізація перерахованих вище заходів потребує і єдиного наукового керівництва і методологічної координації, яку і проводять Українська асоціація боротьби з інсультом, ВГО «Асоціація швидкої, невідкладної медичної допомоги та медицини катастроф».

УДК 616.69-06:577.73:615.214

И. В. Калугин

*Украинский научно-исследовательский институт
социальной и судебной психиатрии и наркологии
МЗ Украины, г. Киев*

Проблемы полиморбидности и адекватной фармакотерапии у пациентов геронтопсихиатрического профиля

Современная медицина обладает широким спектром диагностических и лечебных процедур, и в связи с этим возник вопрос — как правильно оценить больного, страдающего одновременно несколькими заболеваниями, с чего начать его обследование и на что в первую очередь и в последующем направить лечение. Сегодняшние реалии таковы, что обнаружив при обследовании больного нарушения многих функций организма, врачи спешат назначить лекарства для коррекции всех этих функций. В методологическом аспекте — это грубая врачебная ошибка. Более того, их одновременное назначение нередко ведет к серьезным последствиям: возникают токсические эффекты, различные осложнения, ухудшение субъективного состояния больного, тяжелый медикаментозный гепатит, обострение и генерализация различных инфекций, поражение кожи и слизистых оболочек и многое другое. В последние десятилетия вместе с научно-технической революцией произошел и «фармацевтический взрыв» — синтезированы и введены в обиход десятки тысяч новых препаратов со сложнейшим воздействием на организм человека. Особое значение данный факт имеет у лиц пожилого возраста. Так, в среднем у одного пациента старше 65 лет, обратившегося за амбулаторной или стационарной помощью, обнаруживается четыре-пять различных хронических патологических состояний в разных фазах и стадиях (полиморбидность). Явление полиморбидности заставляет пациентов пожилого возраста обращаться

и наблюдаться у врачей разных специальностей. Также необходимо отметить, что полиморбидность приводит к полипрагмазии (одновременное назначение врачами, нередко неоправданное, многих лекарственных веществ или лечебных процедур) и полифармации (одновременный прием нескольких лекарственных средств пациентом), что делает невозможным контроль над эффективностью терапии, увеличивает материальные затраты пожилых пациентов, а поэтому снижает их комплаенс (приверженность к лечению). В мировой практике имеется достаточно примеров, свидетельствующих о негативном влиянии полипрагмазии и полифармации у пожилых пациентов. В амбулаторных и стационарных условиях пожилым пациентам чаще всего одновременно назначают от 2—3 до 6—10 лекарственных препаратов и более. Количество назначаемых препаратов зависит не только от тяжести состояния, сопутствующих заболеваний, но и от настороженности врача и самого пациента. Последний сам себе нередко назначает антибиотики, слабительные, жаропонижающие и анальгезирующие препараты и даже седативные, снотворные, психотропные средства, не представляя всех последствий таких злоупотреблений, что зачастую приводит к развитию синдрома зависимости (фармакомания) и неконтролируемым межлекарственным взаимодействиям. Это значительно усложняет лечение пациентов пожилого возраста и также увеличивает риск развития побочных эффектов. Неблагоприятные эффекты, возникающие при попытке «поправить» возрастные и вызванные заболеванием расстройства с помощью множественной фармакотерапии, часто являются последней каплей, за которой следует неспособность для пожилого человека продолжать относительно самостоятельную жизнь.

С целью определения частоты возникновения явления полипрагмазии и полифармации у лиц пожилого возраста нами было проведено исследование 578 пациентов геронтопсихиатрического отделения Мариупольской психиатрической больницы в течение 2013 и 2014 гг. Пилотное исследование длилось в течение 2 лет. Были проанализированы 578 историй болезни пациентов в возрасте старше 65 лет.

Нами проведено исследование и ретроспективный анализ данных 382 пациентов в возрасте старше 65 лет с психическими расстройствами, которые находились на лечении в психиатрической больнице № 7 г. Мариуполя с 01.01.2013 г. по 31.12.2013 г. Сформированы основная группа (пациенты с сопутствующей соматической патологией — 258 человек) и контрольная группа (пациенты без соматической патологии — 124 человека). Контрольная и основная группы репрезентативны по полу и возрасту.

Также проведено исследование и анализ историй болезни 196 пациентов (мужчин — 53, женщин — 143), которые поступили в геронтопсихиатрическое отделение больницы в течение 2014 года. Установлено, что из 196 пациентов в возрасте старше 65 лет — 170 человек кроме основного психиатрического диагноза имели два и более соматических заболеваний, что составляет 86,7 % (в абсолютных цифрах — 170 человек). Из общего количества у мужчин — 83 % (в абсолютных цифрах — 44), у женщин 88,1 % (в абсолютных цифрах — 126).

Нами было установлено, что у женщин чаще комбинируется деменция с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными заболеваниями, патологией мочеполовой системы и гипертонической болезнью. У мужчин достоверно чаще регистрируется сочетание деменции с ишемической болезнью сердца, цереброваскулярными

заболеваниями и заболеваниями мочеполовой системы. Количество сопутствующей патологии на одного человека значительно выше у женщин, чем у мужчин.

Нами было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения основного психиатрического заболевания 76,0 % пациентов (из них женщины — 66,8 %, мужчины — 32,2 %) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 24,0 % пациентов (из них женщины — 93,6 %, мужчины — 6,4 %) принимали от 4 и более медикаментов, назначенных врачом-психиатром. К моменту выписки из стационара по основному психиатрическому заболеванию 54,6 % пациентов (из них женщины — 63,6 %, мужчины — 36,4 %) получали от 0 до 3 препаратов, а 45,4 % пациентов (из них женщины — 84,3 %, мужчины — 15,7 %) — более 4 препаратов. То есть имеет место некоторое увеличение получающих 4 и более лекарственных препаратов по основному психиатрическому заболеванию как у мужчин, так и у женщин, при сравнении моментов поступления и выписки. Также следует отметить, что процент женщин, получающих 4 и более препарата для лечения основного психиатрического заболевания, значительно выше, чем мужчин, как на момент поступления, так и на момент выписки из стационара.

Также было установлено, что на момент поступления в стационар для лечения сопутствующей патологии 94,9 % пациентов (из них женщины — 72,6 %, мужчины — 27,4 %) принимали от 0 до 3 лекарственных препаратов, а 5,1 % пациентов (из них женщины — 80,0 %, мужчины — 20,0 %) принимали от 4 и более медикаментов. К моменту выписки из стационара для лечения сопутствующей патологии 77,6 % пациентов (из них женщины — 69,7 %, мужчины — 30,3 %) получали от 0 до 3 препаратов, а 22,4 % пациентов (из них женщины — 84,1 %, мужчины — 15,9 %) — более 4 препаратов. Это свидетельствует о том, что достаточно высокий процент пациентов на момент поступления и момент выписки из стационара имеют сопутствующую соматическую патологию. Также данные говорят о том, что удельный вес как женщин, так и мужчин, получающих 4 и более лекарственных препаратов, незначительно увеличился, сравнивая моменты поступления и выписки.

Анализ данных достоверно показывает, насколько явление полипрагмазии характерно для пациентов пожилого возраста, страдающих психическими расстройствами. Явление полипрагмазии и полифармации у пациентов пожилого возраста является актуальной проблемой не только социальной психиатрии, но и медицины в целом. Успешное ее разрешение позволит не только улучшить эффективность лечения пациентов пожилого возраста, но и значительно снизить риск развития побочных эффектов, уменьшит финансовую нагрузку и в целом улучшить качество жизни.

буванням не тільки для соматичного, а й, перш за все, для психічного здоров'я нашого народу (П. В. Волошин, Н. О. Марута, 2014).

Посттравматичні стресові розлади та розлади адаптації проявляються переважно емоційними порушеннями, які розвиваються внаслідок психотравмуючого впливу та є варіантом захисних та пристосувальних особистісних реакцій в умовах екстремальних подій.

В сучасних умовах гостро відчувається необхідність розроблення комплексних терапевтичних та реабілітаційних програм осіб, що перенесли екстремальні події. Важливу роль в реабілітаційному процесі відіграє психосоціальне втручання.

У ході роботи нами розроблена та апробована програма психоосвітньої роботи з хворими на посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) та розлади адаптації, яка являє собою комплексну поетапно здійснювану систему інформаційних, психокорекційних та соціокорекційних впливів, які займають особливе місце в структурі реабілітаційних заходів.

В основу психоосвітньої стратегії покладено, власне, «освіту» шляхом формування у хворих і членів їхніх родин адекватного уявлення про ПТСР; корекції спотворених хворобою соціальних позицій пацієнтів і покращання їх комунікативних здібностей; забезпечення «психосоціальної підтримки»; поліпшення адаптації пацієнта і його родини.

Під час проведення психоосвітньої роботи ми використовували такі методи: викладання (міні-лекції), консультування, комунікативні тренінги, проблемно орієнтовані дискусії, тренінги поліпшення сімейних комунікацій.

Відповідно до отриманих у ході роботи даних, на фоні проведення комплексної терапії із застосуванням психоосвітніх заходів, відмічалися швидка редукція психопатологічної симптоматики, нормалізація емоціонального стану, стабілізація поведінки хворих, поліпшення когнітивних показників, підвищення психофізичної активності хворих, що дозволило розширити контакти з оточуючими, відновити звичний руховий режим.

Таким чином, як показали результати дослідження, комплексний підхід в терапії та реабілітації хворих на ПТСР та розлади адаптації який включав в себе психофармакотерапію у поєднанні з психоосвітніми тренінгами, приводить до відновлення соціальної активності і успішної ресоціалізації хворих. Це, в свою чергу, свідчить про те, що психоосвіта не тільки збільшує обсяг знань, посилює впевненість у боротьбі з хворобою, але й вирішує проблему соціальної реінтеграції хворого.

УДК 616.89-008.19-003.96-036.2-036.22

*А. М. Кожина, Л. М. Гайчук, А. О. Черкасова,
І. М. Стрельнікова, В. В. Шикова*

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Психоосвітні програми в системі реабілітації осіб, які перенесли екстремальні події

Епідеміологічна ситуація в сфері психічного здоров'я населення України залишається складною. Екстремальні події останнього часу, включаючи неоголошену інформаційно-психологічну війну, стали суттєвим випро-

УДК 616.895.4-008.441.44-008.447 «364»

*А. М. Кожина, Е. А. Зеленская
Харьковский национальный медицинский
университет, г. Харьков*

Модель формирования суицидального поведения вследствие экстремальных событий

В последние десятилетия в мире наблюдается постоянная тенденция к увеличению роста как самоубийств, так и суицидальных попыток. Украина, к несчастью, относится к государствам с высоким уровнем суицидальной активности. Первопричиной формирования

аутоагресивної активності являються те или иные порушення в функціонуванні системи среда — человек. Какие-либо патологические изменения адаптационных возможностей человека в сложившейся экстремальной ситуации (в ситуации суицидогенного конфликта) непосредственно могут повлечь за собой суицидогенез.

Нами было проведено комплексное обследование 56 больных, обоего пола, в возрасте 18—35 лет, с депрессивными расстройствами (F41.2, F43.21), развившимися вследствие экстремальных событий, в структуре которых выявлены различные формы суицидального поведения. Контрольную группу составили 30 больных с аналогичными формами патологии, в возрасте 18—35 лет, без признаков суицидального поведения.

На основе данных клинико-психопатологического исследования были выделены тревожный, астенический, астено-апатический и меланхолический варианты депрессивных расстройств.

Результаты биохимических исследований показали, что у пациентов с суицидальным поведением наблюдается повышение концентрации серотонина в крови, уменьшение уровня мелатонина в плазме крови, повышение уровня кортизола в плазме крови и снижение уровня адреналина и повышение уровня норадреналина в плазме крови, а также повышение уровня АСР1 (эритроцитарной кислой фосфатазы) в плазме крови. Базируясь на полученных данных, можно обоснованно предположить, что дисбаланс нейротрансмиттерных и нейрогормональных систем влияет на формирование суицидального поведения. Снижение содержания и, как следствие, функции мелатонина, нарушение его соотношения с серотонином, кортизолом и катехоламинами создает нейрогормональный фон для истощения этого звена адаптации в результате стресса. Вследствие чего пациенты неспособны выйти из конфликтной ситуации путем адаптивного варианта ее решения, поскольку не имеют метаболического ресурса для ее преодоления.

Выявленное повышение уровня АСР 1 может свидетельствовать о повышенной экспрессии соответствующего гена и, в свою очередь, рассматривается как фактор регулирования суицидального поведения.

Полученные в ходе работы данные позволили нам разработать модель формирования суицидального поведения у лиц молодого возраста с депрессивными расстройствами. Как показали результаты нашего исследования, прогностически значимыми в формировании суицидального поведения являются тревожный и астенический варианты депрессивных расстройств, высокие показатели по клиническим шкалам тревоги и депрессии, низкий уровень самосознания смерти, отягощенный суицидологический анамнез.

Базисом для формирования суицидальной угрозы являются высокий уровень ангедонии, внутреннего напряжения с невозможностью расслабиться, импульсивность, проблемы межличностных коммуникаций, отсутствие метаболического ресурса для преодоления психотравмирующей ситуации.

Триггерами суицидального поведения являются фрустрации значимых базовых потребностей, охваченность переживаниями острого горя с сужением когнитивных функций и доминированием содержания психической травмы в сознании, дисбаланс в системе АСР 1 — ген/продукт.

На основании полученных в ходе работы данных была разработана и апробирована программа дифференцированной профилактики суицидального поведения у больных с депрессивными расстройствами.

УДК 616.85-039-003.96-071:001.8

*Г. М. Кожина, М. В. Маркова,
В. Б. Михайлов, Д. А. Фельдман*

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Клінічні особливості невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб

Згідно з керівними принципами Управління Верховного комісара Організації Об'єднаних Націй у справах біженців (УВКБ ООН) з питання про переміщення осіб усередині країни, внутрішньо переміщені особи визначаються як люди або групи людей, які були змушені рятуватися втечею, покинути свої будинки, місця проживання, через або для того, щоб уникнути наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини або стихійних лих/техногенних катастроф, і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон країни.

Станом на 21 травня 2015 року УВКБ ООН має інформацію про 1 299 800 внутрішньо переміщених осіб, ці дані надані Міністерством соціальної політики України. Оскільки процес становлення централізованої системи реєстрації досі триває, реальна кількість осіб, переміщених всередині країни, може бути вищою.

У ході роботи нами, з метою вивчення клінічних особливостей невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб, проведено комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження 97 внутрішньо переміщених осіб у волонтерському центрі, розташованому на центральному вокзалі міста Харкова.

Як показали результати дослідження, у 75,9 % внутрішньо переміщених осіб спостерігалися порушення адаптації: пролонгована депресивна реакція (F 43.21) та розлади адаптації з перевагою порушень інших емоцій (F 43.23), в клінічній картині яких домінували пригніченість настрою та почуття туги, тривоги, внутрішнього напруження, занепокоєння з неможливістю розслабитися, астеничні симптоми, різноманітні страхи і побоювання, астеничні прояви і вегетативні пароксизми.

Результати психодіагностичних досліджень виявили, що у чоловіків показники реактивної тривоги (середній бал — $37,7 \pm 3,0$), були вищі, ніж показники особистісної тривожності (середній бал — $32,6 \pm 2,9$). Навпаки, у жінок показники особистісної тривожності (середній бал — $38,6 \pm 2,9$) були вищі, ніж показники реактивної тривоги (середній бал — $34,7 \pm 3,0$). Вираженість депресивної симптоматики також незначно переважала у жінок. Середній бал за шкалою Гамільтона у чоловіків становив $17,0 \pm 2,3$ бали, у жінок — $18,0 \pm 2,3$ бали.

Результати обстеження за шкалою якості життя не виявили істотних відмінностей у чоловіків і жінок. Найнижче за все були оцінені шкали «Психоемоційний стан», «Міжособистісна взаємодія», «Загальне сприйняття якості життя».

Базуючись на отриманих даних, нами розроблена система медико-психологічної підтримки та корекції невротичних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

УДК 616.831-005.1-036.1-06:616.89-008.45/47

А. А. Козёлкин, Л. В. Новикова
*Запорожский государственный медицинский
 университет, г. Запорожье*

Когнитивный стресс у больных мозговым ишемическим полушарным инсультом в остром периоде заболевания

Проблема ишемического инсульта является одной из наиболее актуальных в клинической неврологии и занимает лидирующее положение во всем мире в связи с высокими показателями заболеваемости, стойкой инвалидизации и смертности населения.

Цель: изучить особенности динамики когнитивных нарушений (КН) у пациентов в остром периоде мозгового ишемического полушарного инсульта (МИПИ).

Нами было проведено открытое, сравнительное, проспективное, когортное исследование, которое включало комплексное нейропсихологическое обследование 62 больных (41 мужчина и 21 женщина) в возрасте от 44 до 85 лет (средний возраст — $65,53 \pm 36$ лет) в остром периоде первичного и повторного МИПИ с использованием шкал: Mini-Mental State Examination (MMSE), Montreal Cognitive Assessment (MoCA) и Frontal Assessment Battery (FAB). Первую группу наблюдения составили 32 пациента (75 % мужчин и 25 % женщин, средний возраст — $63,06 \pm 1,71$ года), у которых МИПИ развился впервые. Вторую группу составили 30 пациентов (56,7 % мужчин и 43,3 % женщин, средний возраст — $68,10 \pm 1,67$ года) с повторным МИПИ.

Значения суммарного балла по шкалам MMSE, MoCA и FAB у больных с повторным МИПИ на 1—3 сутки заболевания составили соответственно 21,63 балла, 17,43 балла и 12,70 балла, что было достоверно ниже уровней аналогичных показателей на 17,9 % ($p < 0,01$), 21,3 % ($p < 0,01$) и 12,1 % ($p < 0,01$) в группе пациентов, у которых МИПИ развился впервые, при этом в структуре КН на 1—3 сутки острого периода заболевания у пациентов с первичным МИПИ преобладали преддементные КН, а у пациентов с повторным МИПИ — деменция легкой и умеренной степеней. К 13 суткам заболевания значения среднего суммарного балла у пациентов с повторным МИПИ по шкалам MMSE, MoCA и FAB составили: 22,97 балла, 19,04 балла и 13,83 балла, а у пациентов с первичным МИПИ — 26,97 балла, 26,68 балла и 16,41 балла соответственно. Динамика когнитивного дефицита у пациентов с первичным МИПИ проявлялась в улучшении когнитивных показателей к 10—13 суткам заболевания по шкалам MMSE, FAB и MoCA на 8,8 %, 2,7 % и 8,5 % соответственно. Для пациентов с повторным МИПИ КН к 13 суткам острого периода улучшились на 5,8 %, 2,2 %, и 3,6 % соответственно, при этом в структуре КН у пациентов с первичным МИПИ доминировали преддементные КН, а у пациентов с повторным МИПИ — деменция легкой степени выраженности. Достоверно более высокая частота КН в дебюте заболевания у пациентов с повторным МИПИ в сравнении с первичным МИПИ определялась по следующим доменам по шкале: «называние» (45 % против 7 %, $p < 0,05$), «серия вычитаний» (72,3 % против 26,9 %, $p < 0,05$), «память» (65,4 % против 12,5 %, $p < 0,05$), «оптико-пространственная деятельность» (56,8 % против 11,4 %, $p < 0,05$). К 10—13 суткам заболевания в группе пациентов с первичным МИПИ отмечалась достоверно положительная динамика в виде регресса дефицита по вышеуказанным доменам, в отличие от больных с повторным МИПИ, КН у которых характеризовалась менее выраженной динамикой.

Выраженная редукция когнитивного дефицита у пациентов с первичным МИПИ, а также доминирование в структуре преддементных КН свидетельствует о транзиторном характере когнитивного дефицита, что обусловлено ситуационной, стрессовой реакцией высших психических функций на церебральную ишемию. У больных с повторным МИПИ адаптационные механизмы были менее эффективны, что и определяло более широкий спектр доменных нарушений и менее выраженный регресс КН.

УДК 616.45-001.1/3-003.96:355.257.6

П. В. Козира, М. В. Маркова

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
 м. Харків*

Фрустрація, психологічний захист та долаюча поведінка в генезі постстресової дезадаптації у співробітників МВС України — учасників АТО

Системне вивчення стресу і його наслідків для всіх сфер людини проводиться з часу оприлюднення Г. Сельє теорії стресу. Згідно з виразом автора теорії, жоден організм, що переніс стрес, ніколи не повертається до початкового стану, ніколи не буде таким, яким він був до впливу стресорного фактора. Психічна складова стресорної реакції докорінно відрізняється від реакції на стрес. Змістом терміна «реакція на стрес» є комплекс психічних змін, що становлять спосіб адаптації особистості до порушень (змін), що виникли в результаті перенесеного стресу. Їх діапазон сягає від гострих до хронічних, від психологічних до психопатологічних. Реакції на стрес мають схильність до хронічного перебігу. Це зумовлено фіксацією всіх психічних і соматичних механізмів стресорної реакції в єдиний модуль (контур), який у результаті інтенсивного афективного заряду й значимості сформованого модуля, легко оживляється в пам'яті з повторними відповідними переживаннями й запуском механізмів стресорної реакції. У такий спосіб стресорна реакція втрачає обмеженість у часі й стає причиною розвитку так званого «хронічного» психічного стресу. Іншим важливим фактором, що визначає характеристики реакції на стрес, є передстресові особливості особистості, способи та ефективність психологічного захисту, стійкість до фрустрації та способи її подолання. Важливим фактором, що визначає параметри реакції на стрес, є соціальні умови, такі показники як благополуччя, упевненість у захисті, належній допомозі, надійність, захищеність, опора й підтримка з боку соціуму, перспектива майбутнього й інше. Наявність або відсутність таких умов, тим паче — загрози з боку соціуму визначають важкість й форми реакції на стрес. Самі по собі різні соціальні зміни й потрясіння можуть виступати джерелом стресу. Взаємодія та зв'язок факторів стресу з умовами корінних змін соціально-економічної й політичної ситуації, особливості перебігу постстресової дезадаптації є досить важливими для розуміння механізмів їх формування та розвитку, проведення психопрофілактики та психокорекції цих розладів. Але це питання висвітлено в наукових дослідженнях вкрай мало.

Нами було досліджено психічний стан 97 співробітників МВС України віком 29—37 років, які знаходились на службі не менше як з 2010 року та брали участь в проведенні АТО протягом 2014 року. В результаті аналізу даних встановлено, що 91 % співробітників мали різні за вираженістю дезадаптивні прояви. У 9 % — виявлено клінічного рангу симптоми, але які були недостатніми

для встановлення клінічно окресленої нозологічної форми порушень. Вони мали пароксизмальний характер. В соматичній сфері у 69 % обстежених виявлені ознаки вегетативної дисфункції.

Під час аналізу якості та вираженості психологічного захисту виявилось, що у 47 % оглянутих рівень його був низьким, у 34 % середнім та у 19 % — високим. Рівень фрустрації у 67 % випадків був високим, решта 33 % характеризувались як з середнім. Під час аналізу змісту способів психологічного захисту у 78 % випадків він був розцінений як неадекватний в порівнянні з виявленими психотравмуючими подіями та чинниками. Аналіз долаючої поведінки в контексті фрустраційних обставин у 82 % випадків вона була розцінена як неадаптивна. Таким чином, дослідження психологічного захисту, фрустрації та долаючої поведінки у співробітників МВС — учасників АТО виявило зміни, що вказували на високий рівень фрустрації при низьких рівнях та неадекватному психологічному захисті. Долаюча поведінка також у більшості була неадаптивною. До того ж, була виявлена залежність між частотою вегетативних симптомів, викривленням психологічного захисту та фрустрації.

Отримані дані дозволили виявити групи ризику серед службовців МВС, які є учасниками АТО, за формуванням та подальшим розвитком станів психічної та психологічної дезадаптації, що було враховано нами під час розроблення специфічних заходів їх психокорекції і психопрофілактики.

УДК 616.853-008.46-008.447:001.8

В. І. Коростій¹, Б. О. Герасимов²

¹Харківський національний медичний університет;

²КЗОЗ «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

Вплив когнітивних порушень на ефективність стрес-долаючої поведінки в пацієнтів з різними клінічними формами епілепсії

Недементні когнітивні розлади при деменції погіршують якість життя і призводять до соціальної дезадаптації хворих.

Серед сучасних досліджень когнітивних порушень у хворих на епілепсію переважають роботи, присвячені вивченню впливу протиепілептичних препаратів у хворих дитячого віку. Нейропсихологічні особливості недементних когнітивних розладів при епілепсії, клініко-патогенетичні закономірності їхнього розвитку, роль в розвитку соціальної дезадаптації вивчені недостатньо.

Мета роботи — вивчити та систематизувати когнітивні розлади недементного рівня, їх взаємозв'язки з клінічними особливостями, формами епілептичної хвороби, соціально-психологічними особливостями та емоційним станом пацієнтів.

Методи: клініко-психопатологічний, психодіагностичний.

На базі Харківського обласного протиепілептичного центру (ХОКПЛ № 3) обстежені 300 хворих на епілепсію: 50 — ідіопатична, 50 — криптогенна, 100 — симптоматична (50 — зі скроневою та 50 — з лобною локалізацією епілептичного вогнища).

Вперше апробована як методика виявлення та кількісного оцінення когнітивних розладів у даного контингенту (хворих на епілепсію) Аденбрукська шкала когнітивних розладів, проведено оцінювання відповідності одержаних показників даним батареї лобних тестів. Вказана

шкала достовірно виявляє порушення когнітивних функцій від легкого ступеня до деменції та дозволяє диференціювати переважання порушень окремих психічних процесів. Це є перевагою для використання її у даного контингенту (хворих на епілепсію) над найпоширенішою скринінговою методикою MMSE.

Ідентифіковані особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від локалізації епілептогенного вогнища, якості ремісії та частоти нападів, медикаментозної терапії, коморбідних психічних та соматичних захворювань, соціально-психологічних особливостей пацієнтів.

Визначені особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від клінічної форми епілепсії доцільно використовувати як додаткові диференціально-діагностичні критерії форм епілепсії (симптоматична, ідіопатична, криптогенна).

Визначені особливості когнітивних розладів у хворих на епілепсію в залежності від локалізації епілептогенного вогнища, якості ремісії та частоти нападів, медикаментозної терапії, коморбідних психічних та соматичних захворювань, соціально-психологічних особливостей пацієнтів.

Виявлено, що одним з патогномічних механізмів розвитку психогенних афективних розладів в пацієнтів, які страждають на епілепсію, є зниження ефективності стрес-долаючої поведінки за рахунок когнітивних порушень в сферах мислення та уваги.

Результати дослідження особливостей когнітивних розладів у хворих на епілепсію лягли в основу індивідуалізованого комплексу лікувальних заходів для пацієнта з епілепсією, який має недементні когнітивні розлади.

Розроблений комплекс психотерапевтичних та психокорекційних заходів для хворих на епілепсію, які мають недементні когнітивні розлади, спрямований на покращання соціального функціонування та якості їхнього життя.

Створені рекомендації з профілактики когнітивних розладів у хворих на епілепсію.

Проведено оцінювання ефективності вказаних розробок на ґрунті динамічного дослідження когнітивних функцій пацієнтів, їх соціального функціонування та якості життя.

УДК 616.45-001.1/3-053.2:001.8

В. І. Коростій, Д. А. Молчанюк, О. П. Шоно

Харківський національний медичний університет, м. Харків

Використання модифікованої шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8"

В період соціально-травматичних подій діти є найуразливішою частиною населення та страждають як внаслідок втрати батьків, безпосереднього перебування в зоні воєнних дій, так і внаслідок вимушеного переміщення на інше місце проживання.

Наслідки психологічних та психопатологічних реакцій на стресові події у дітей є дуже значущими внаслідок суттєвого впливу на психічне здоров'я та подальшу долю у майбутньому. Психодіагностичні інструменти для виявлення таких негативних проявів опрацьовані в вітчизняній популяції недостатньо.

Шкалу оцінки впливу травматичної події (IES) було вперше запропоновано Горовіцем та ін. (1979 р.) для відстеження основних проявів повторного переживання травматичної події та уникнення цієї події й почуттів, спричинених нею. Спочатку існувало 15 пунктів і чотирибальна шкала з двома субшкалами для «Втручання» та «Уникнення».

Вона не розроблялася спеціально для дітей, але була успішно застосована під час низки досліджень з дітьми віком 8 років і старше. Однак під час двох окремих масштабних досліджень було встановлено, що діти неправильно тлумачать низку пунктів. За результатами цих двох окремих досліджень було встановлено ідентичні факторні структури Шкали оцінки впливу травматичної події, на ґрунті яких було відібрано вісім пунктів, що найкраще відображають факторну структуру, і вироблено скорочену версію — IES-8 для дітей. Цю версію призначено для застосування до дітей віком 8 років і старше, які можуть самостійно читати. Вона складається з 4 пунктів для вимірювання «Втручання» та 4 пунктів для вимірювання «Уникнення», тому вона і називається "CRIES-8" (Модифікована шкала оцінки впливу травматичної події для дітей з 8 пунктів). Шкала надається авторами безкоштовно, розроблена україномовна версія. В обмін на безкоштовне надання цієї шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8" автори просять надсилати копії своїх результатів, щоб надалі покращувати засоби вимірювання на користь дітей.

В нашому дослідженні результати скринінгу верифікувалися за результатами напівструктурованої психодіагностичної співбесіди та використання проєктивних рисуночних методик, спостереження за копінг-стратегіями в групових командних іграх.

Обстежено 100 дітей віком від 8 до 18 років, з них 50 — з сімей, які знаходяться в важких життєвих обставинах, в тому числі сімей учасників АТО, та 50 дітей — з сімей, тимчасово переміщених з окупованих територій, в період їх участі в соціально-психологічному проєкті реабілітаційної направленості.

В результаті виявлені значущі ($r > 0,05$) кореляції показників шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8" на етапі скринінгу з подальшою верифікацією експертними висновками психолога та/або психіатра. Повторне дослідження проводили після участі дітей в соціально-психологічному проєкті реабілітаційної направленості, яку реалізовували шляхом командотворюючих ігор та безпосереднього спілкування в цих іграх з «лідерами» (капітанами команд, соціально та професійно успішними людьми молодого віку). Результати повторного використання шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8" були менш достовірними, ніж на етапі скринінгу.

Таким чином, за нашими даними, доцільне використання шкали оцінки впливу травматичної події для дітей "CRIES-8" на етапі скринінгу. Повторне використання шкали для оцінки динаміки стану на етапах реабілітації, за нашими даними, є менш перспективним.

Нами в попередніх публікаціях приділялася увага проявам таких психологічних рис, як алекситимія, прогностична здатність, переважання захисних психологічних механізмів витіснення та соматизації у хворих на артеріальну гіпертензію, виразкову хворобу, бронхіальну астму та ролі цих особливостей в розвитку психосоматичного захворювання й емоційних порушень. Однак значення когнітивних процесів в формуванні таких психологічних рис не висвітлювалося.

В рамках роботи «Центру психосоматики, психотерапії та медико-психологічної реабілітації» (далі — Центр), який є позаштатним лікувально-навчально-науково-практичним підрозділом НПМЦ ХНМУ, реалізована модель мультидисциплінарного підходу, зокрема в наданні допомоги особам, які перенесли екстремальні події. Взаємодія з підрозділами університетської клініки дозволяє проводити комплексну реабілітацію хворих з коморбідною психічною та соматичною патологією, які складають 85 % від загальної кількості пацієнтів Центру. В цих випадках до бригади крім спеціалістів Центру (психіатр, психолог) долучається спеціаліст іншого підрозділу відповідно до нозології (централізована модель).

Одним з напрямків взаємодії з іншими підрозділами НПМЦ ХНМУ є проведення комп'ютеризованого тренінгу когнітивних функцій пацієнтам університетської клініки як однієї з форм медико-психологічного супроводу та психотерапії.

Проведено оцінювання ефективності комп'ютеризованого тренінгу когнітивних функцій пацієнтам, які хворіють на артеріальну гіпертензію (38 осіб), виразкову хворобу (35 осіб), бронхіальну астму (25 осіб).

Результати показали зниження показників алекситимії (за шкалою ТАС) на 12,4 %, покращання показника прогностичної здатності (за методикою Менделевича) на 24,2 %, зменшення ролі захисних психологічних механізмів витіснення та соматизації на користь психологічного захисту шляхом формування реакції (за методикою Плутчика — Келлермана — Конте) у 26 % випадків. Вказані зміни психологічних показників позитивно корелюють з покращанням психічного та соматичного статусу пацієнтів.

Проводиться катamnестичне дослідження впливу цих психологічних змін у хворих на подальший перебіг психосоматичного захворювання та планується розроблення модифікації комп'ютеризованого тренінгу когнітивних функцій для використання з профілактичною метою серед осіб, які належать до груп ризику психосоматичних захворювань.

УДК 616.89-07-06:355.257.6 «364»

В. І. Коростій¹, В. Т. Поліщук²,

В. І. Заворотний², О. Б. Платнюк¹

¹Харківський національний медичний університет;

²Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України, м. Харків

Диференціальна діагностика та коморбідність психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів

Діагностика психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів, вимагає проведення диференціальної діагностики на всіх етапах надання медичної та психологічної допомоги та реабілітації.

На ґрунті узагальнення та аналізу досвіду роботи клініки психіатрії Військово-медичного клінічного центру Північного регіону МО України нами сформульовані

УДК 616.89-008.46:616.1/4-08

В. І. Коростій¹, Г. В. Паровіна², О. М. Павлов²

¹Харківський національний медичний університет;

²Науково-практичний медичний центр Харківського національного медичного університету, м. Харків
Комп'ютеризований тренінг когнітивних функцій як засіб підвищення стресостійкості пацієнтів з психосоматичними захворюваннями

В розвитку «класичних» психосоматичних захворювань важливу роль відіграють особливості особистості пацієнтів, які є так званою «особистісною предиспозицією», що створює поряд з конституціонально-генетичними особливостями підґрунтя для розвитку психосоматичних захворювань.

сучасні особливості діагностики психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів.

Диференціальний діагноз. Під час діагностики психогенних розладів, що виникають внаслідок бойової травми в комбатантів, треба проявляти обережність — насамперед необхідно виключити інші синдроми, які можуть з'явитися після травми. Особливо важливо розпізнавати неврологічні або соматичні захворювання, які можуть вносити свій внесок у розвиток посттравматичних симптомів. Наприклад, черепно-мозкова травма чи абстинентний синдром можуть бути причиною симптомів, які виявили відразу після травми або через кілька тижнів. Виявлення неврологічних або соматичних розладів вимагає докладного збирання анамнезу, ретельного фізикального обстеження, а іноді і нейропсихологічного дослідження. Якщо при нейропсихологічному дослідженні виявляється когнітивний дефект, відсутній до травми, треба виключити органічне ураження головного мозку.

Незважаючи на чіткість діагностичних критеріїв посттравматичного стресового розладу (ПТСР), під час його діагностики виявляються певні труднощі. Наголосимо, що діагноз посттравматичного стресового розладу ставиться тільки в тому випадку, якщо зазначені симптоми зберігаються не менше місяця. До досягнення місяця діагностують гострий стресовий розлад. Гострий ПТСР триває менше трьох місяців, хронічний ПТСР триває довше. Відставлений ПТСР діагностують у тому разі, коли його симптоми стають очевидними через шість і більше місяців від моменту травми.

Посттравматичний стресовий розлад треба диференціювати з пограничним розладом особистості, дисоціативним розладом або навмисної імітацією симптомів, які можуть мати подібні з ПТСР клінічні прояви. Наші спостереження констатують зв'язок цих психічних проявів з преморбідним статусом. Таким чином, аналіз преморбідного психічного статусу важливий для розуміння симптомів, що розвиваються після психотравмуючої події.

Коморбідність. Симптоми посттравматичного стресового розладу часто важко відрізнити від проявів панічного розладу або генералізованого тривожного розладу, оскільки при всіх трьох станах спостерігаються виражена тривога і підвищена реактивність вегетативної системи. Важливе значення в діагностиці ПТСР має встановлення зв'язку між розвитком симптомів і психотравмуючою подією. Крім того, при посттравматичному стресовому розладі спостерігаються постійне переживання травмуючих подій і прагнення уникнути будь-якого нагадування про них, що не характерно для панічного і генералізованого тривожного розладу. ПТСР часто доводилося диференціювати і з великою депресією. Хоча два ці стани легко розрізнити за їх феноменології, важливо своєчасно виявити у хворих з ПТСР прояви коморбідної депресії, яка може суттєво впливати на вибір терапії.

с оценок эффективности терапии к изучению ремиссии. Согласно данным литературы, полная ремиссия наступает только у 40—50 % пациентов, в остальных случаях наблюдается остаточная симптоматика. При этом ремиссию оценивают по нескольким критериям: выраженности и характеру остаточной симптоматики (неполная ремиссия в сравнении с полной), уровню социального функционирования, субъективно-психологическому восстановлению пациентов и устойчивости самого состояния ремиссии. Эти характеристики объединяются в понятие «качество ремиссии».

Целью нашего исследования являлось оценить влияние арт-терапии в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством на качество ремиссии.

Методы исследования: клинико-психопатологический; психодиагностический (шкала определения уровня ангедонии SHARPS; шкалы депрессии и тревоги Гамильтона HDRS, HADS, опросник для оценки качества жизни Н. Mezzich, Cohen, Ruiperez, Liu & Yoon, 1999 в модификации Н. А. Маруты, 2004; катamnестический.

Обследовано 135 пациентов — 60 мужчин и 75 женщин в возрасте 18—30 лет, рандомизированных на основную и контрольную группы. Все пациенты получали лечение рекуррентного депрессивного расстройства согласно протоколу, пациенты основной группы в комплексном лечении принимали участие в групповой арт-терапии с использованием рисуночных техник. Сеансы проводились 2 раза в неделю по 1,5 часа в период лечения, 1 раз в неделю в период ремиссии.

Результаты исследования показали, что в период лечения до достижения ремиссии средние показатели шкал HDRS и SHAPS, а также качество жизни в основной группе и группе сравнения не имели достоверных отличий, отмечалось достоверное различие в степени редукции уровня тревоги по шкале HARS (12,5 %, $p < 0,01$) и длительности госпитального периода лечения (10,2 койко-дней, $p < 0,005$).

В период ремиссии, по данным катamnестического исследования, через 6 месяцев качество жизни пациентов основной группы, а также показатели шкалы SHAPS имели достоверные отличия в сторону улучшения по сравнению с аналогичными показателями в группе сравнения. По шкалам HDRS, HARS показатели депрессии и тревоги были ниже в основной группе, но различия не были достоверными. Средняя продолжительность ремиссии была больше на 14,3 %, а количество пациентов, достигших качественной ремиссии, — на 21,2 %.

Таким образом, эффективность арт-терапии в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством выявляется, в первую очередь, в снижении уровня тревоги уже на ранних этапах лечения, а также в снижении выраженности ангедонии и повышении качества жизни в период ремиссии.

Полученные результаты свидетельствуют в пользу использования арт-терапии в комплексном лечении больных с рекуррентным депрессивным расстройством как в период активного лечения, так и в после достижения клинической ремиссии, что способствует достижению и поддержанию качественной и устойчивой ремиссии с полным восстановлением качества жизни и социального функционирования.

УДК 616.895.4(084.11)-08-036.66

В. И. Коростий, С. Хмаин

Харьковский национальный медицинский университет,
г. Харьков

Влияние применения арт-терапии в комплексном лечении пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством на качество ремиссии

В исследованиях, посвященных лечению больных с рекуррентным депрессивным расстройством, последние годы наблюдается смещение интереса исследований

UDK 616.891.6

K. Kosenko*Odesa Regional Medical Center of Mental Health, Odesa***Clinical case of posttraumatic stress disorder in woman**

In connection with the situation in Ukraine, the actual problem is a mental disorder caused by traumatic stressful events from individual mosaic prior-nosological psychopathological manifestations to clinically outlined PTSD. Reproduced clinical case illustrates this trend.

Patient 37 years old, appealed with complaints of constant anxiety, fear, depressed mood, sleep disturbance. First condition deteriorated 5 months ago when, amid prolonged quarrels with her husband on the ground of differences in political views and assessment of the political situation, the husband threatened to divorce. Since then began to bother fears about a deteriorating situation in the city and a possible divorce, indication that further destruction of family relationships progression of anxiety-depressive symptoms, which eventually joined nightmares, increased irritability, isolation and the desire to limit contact with the outside world, irritability, a sense of alienation. Anhedonia symptoms become a source of additional trauma patient. There were also attacks paroxysmal anxiety "trigger hook" which became even slight noise of wheels (appeared to fear that her husband left the family and joined the separatist movement). There was a reduction of emotional and social intelligence.

As a result, complex psychopharmacotherapy, family, problem-oriented and cognitive-behavioral therapy — improved sleep, mood, anxiety and anhedonia symptoms disappeared. Mastered the skills and self-constructive family interaction. Found an understanding with her husband, is planning a successful family and social life.

UDK 616.83-001.31:577.11:615.849.112-08

В. О. Кориняк*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків***Динаміка мозкоспецифічних білків та мелатоніна у хворих з наслідками закритої черепно-мозкової травми до та після мікрохвильової резонансної терапії**

Загальновідомо, що легка закрита черепно-мозкова травма (ЗЧМТ) призводить до розвитку стійкої дисфункції неспецифічних структур головного мозку і тривалих посттравматичних та нейрогуморальних порушень, що у 30—40 % хворих формує в подальшому симптомокомплекс неврологічних розладів, які мають перебіг з частими станами декомпенсації. Отже, ЗЧМТ можна розглядати як порушення регіонарних контролюючих механізмів та загального інтегративного контролю ЦНС. Після ЗЧМТ формується інша нейрохімічна організація інтегративної взаємодії, характерною ознакою якої є порушення екскреції нейрогормонів, в тому числі і мелатоніна.

Обстежено 20 хворих віком від 25 до 43 років. Контрольну групу — 20 практично здорових людей віком від 27 до 40 років.

Мікрохвильову резонансну терапію (МРТ) проводили за допомогою генератора Г4-141, джерела міліметрового випромінювання, з діапазоном генеруючих частот 37,50—53,57 ГГц. Тривалість сеансу складала 20—30 хвилин. Курс лікування — 9—12 сеансів, щоденно.

Підвищення рівня протимозкових антитіл є одним із критеріїв прогредієнтності захворювання. Так, вміст аутоантитіл (ААТ) до мозкоспецифічних білків S-100,

основного білка мієліну (ОБМ), енцефалогенного білка (ЕБ), гліально-фібрилярного кислого білка (ГФКБ) та білка 3G-9-D6 у хворих після ЗЧМТ значно перевищував їх концентрацію в порівнянні з контрольною групою.

Після МРТ вміст ААТ до білків S-100, ГФКБ, 3G-9-D6 знизився та наблизився до контрольних показників, а вміст ААТ до ЕБ підвищився, хоча до початку лікування цей показник був утричі більший, що свідчить про тривалі нейроімунні процеси проти нейронів та глії. МРТ зменшує активність цих реакцій та збалансовує показники гуморальної регуляції.

До МРТ у 14 ($70 \pm 10\%$) ($p < 0,01$) обстежених показники мелатоніна були вище ($24\text{—}32$ пг/мл) контрольних значень ($8,0\text{—}20,0$ пг/мл). У 2 ($10 \pm 7\%$) вони були на нижній межі норми, та у 4 ($20 \pm 9\%$) вони були нижче ($5,5\text{—}6,3$ пг/мл) норми. Після лікування в межах норми мелатонін був у 13 ($65 \pm 11\%$) хворих ($p < 0,05$), підвищеними залишилися (хоча вони і знизилися але не наблизилися до контрольних показників) у 4 ($20 \pm 9\%$) чоловік ($21\text{—}23$ пг/мл), та у 3 ($15 \pm 8\%$) вони були нижче контрольних значень.

Таким чином, можна стверджувати, що даний метод є досить ефективний і веде до нормалізації функціонування гуморальних регуляторних механізмів. Нормалізація стану мозкоспецифічних білків та мелатоніна, зменшення активності цих реакцій та збалансованість їх у більшості хворих з наслідками ЗЧМТ під дією МРТ, приводить до нормалізації загального стану пацієнтів.

Підвищення рівня мелатоніна може бути обумовленим, з одного боку, проявом компенсаторної реакції, що спровокована травмою на ті порушення, що мають місце у віддаленому періоді травми, з іншого боку, як спроба нормалізації та пригнічення запальних аутоімунних реакцій до різних структур тканин головного мозку. В цьому випадку, вторинна мобілізація залози цілком може розглядатися як захисний феномен, що спрямований на боротьбу з дизрегуляторними порушеннями. Доказано, що у віддаленому періоді мають місце аутоімунні порушення в головному мозку, а недостатність мелатоніна сприяє цьому процесу. Відповідно, щоб зменшити реакцію цих процесів, відбувається посилення продукція мелатоніна, який на клітинному рівні здатний забезпечити комплексну нейропротекцію, спрямовану на обмеження масштабів пошкодження мозкової тканини та нормалізацію енергетичного обміну і порушених функцій нейромедіаторних механізмів.

UDK 616.8-009.12-053.4:316.6:159.9

О. В. Кривоногова*Одеський національний медичний університет, м. Одеса***Комплексний психолого-педагогічний супровід дитини з гіперкінетичним розладом**

В даний час діагноз гіперкінетичний розлад є досить поширеним серед дитячого населення, як в Україні, так і в світі, що робить проблему допомоги даній категорії пацієнтів актуальною і вимагає практичного вирішення.

За даними міжнародної статистики, гіперкінетичний розлад (ГКР) частіше спостерігається у хлопчиків: відносна поширеність серед хлопчиків і дівчаток коливається відповідно від 3:1 до 9:1, залежно від критеріїв діагнозу, методів дослідження і категорій обстежених (діти, яких направили до лікаря; школярі; населення в цілому).

Допомога дітям з ГКР повинна також мати комплексний характер і включати, поряд з медикаментозною терапією, психокорекційну роботу, психологічну допомогу

батькам дітей з ГКР, а також спеціальні психолого-педагогічні підходи до навчання, розвитку і виховання таких дітей у дитячій освітній установі, школі, сім'ї.

Мета дослідження: виявлення дезадаптивних психологічних характеристик, які мають негативний вплив на ефективність терапії основного захворювання в дитини та знижують якість її життя. Розроблення та впровадження комплексу мультидисциплінарної допомоги дітям з гіперкінетичним розладом.

У цьому дослідженні взяли участь три групи досліджених. Перша група (Г1) складалася з 68 дітей віком 4—6 років, що мають діагноз ГКР. У другу групу (Г2) увійшли батьки, які мають дітей з ГКР, у кількості 123 особи (68 матерів і 55 батьків). Третя група складалася з 28 педагогів дитячих навчальних закладів, які працюють з контингентом дітей з ГКР.

В результаті психодіагностичного обстеження були виявлені дезадаптивні психологічні характеристики у представників усіх трьох груп дослідження.

Ефективність розробленої психокорекційної системи доведена завдяки проведенню психодіагностичного дослідження після корекції. Визначено, що у дітей спостерігалися позитивні зміни в когнітивній сфері (72,3 %), підвищення рівня самооцінки (68,5 %), поліпшення вміння планувати свою діяльність (79,2 %), зниження проявів гіперактивної та імпульсивної поведінки (67,7 %), поліпшення комунікативних навичок (63,2 %). У сім'ях, в результаті проведення комплексних психоедукативних і психокорекційних заходів, спостерігалось поліпшення взаємодії між батьками і дитиною (83,4 % сімей) та поліпшення загальної якості життя сім'ї з дитиною з ГКР (78,2 % сімей).

УДК 616.89-008.441.1:616.88-07

Є. В. Кришталь¹, М. В. Закладний^{1, 2}

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; ²ВДНЗ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Клініко-соціальні особливості пацієнтів з тривожними розладами різного ґенезу

Протягом 2011—2015 рр. на базі Полтавського обласного психоневрологічного диспансеру було обстежено 200 пацієнтів з тривожними розладами (ТР). 100 хворих з ТР невротичного ґенезу склали групу 1, інші 100 пацієнтів з ТР органічного походження — групу 2.

За аналізом суб'єктивних і об'єктивних даних щодо психопатологічної симптоматики ТР різного ґенезу встановлено, що як тривожні, так і депресивні прояви спостерігалися в осіб обох груп. Однак, в осіб групи 1 симптоми, які складали клінічну картину психічного розладу, мали менший ступінь вираженості, ніж у пацієнтів групи 2. Також виявлено тенденцію до незначного недооцінення хворими обох груп важкості власної тривожної симптоматики, і переоцінення значущості депресивних проявів.

За базовими соціально-демографічними показниками пацієнти, що страждали на ТР невротичного або органічного ґенезу, не мали суттєвих достовірних розбіжностей. Проте, мали місце суттєві відмінності щодо середовищних чинників та процесу реагування на них з боку обстежених різних груп: для хворих групи 1 характерними проблемами, що мали психотравмуючий зміст та патогенетичну значущість у виникненні ТР, були негативні психосоціальні обставини економічного і сімейного спрямування. Для пацієнтів групи 2 єдиним психосоціальним

чинником, що мав вплив на їх психічний і соматичний статус, був нездоровий спосіб їх життя.

Отримані дані були враховані нами під час визначення стратегії медико-психологічної роботи та спрямованості мішеней психокорекції пацієнтів з ТР.

УДК 616.839:616.316-002-082

В. В. Криничко

Центр психотерапевтичної реабілітації, м. Харків

Динаміка вегетативних показників до та після програмованої сенсорної депривації у хворих з хронічним сіалоаденітом

Лікування хворих з хронічним запаленням слинних залоз (сіалоаденіт) особливого неврогенного характеру залишалося складною проблемою сьогодення. Використання медикаментозних методик не завжди досягає бажаного результату. Тому нами було запропоновано новий немедикаментозний метод — програмованої сенсорної депривації (ПСД).

Було обстежено 23 хворих віком від 27 до 40 років. Тривалість захворювання склала від 1,5 до 2 роки.

Лікування проводили в спеціально обладнаній кімнаті, що являє собою приміщення повністю ізольоване від світлових, шумових, теплових, гравітаційних та звукових подразників, довжиною 3 метри, шириною та висотою 2 метри. В дно ванни та стелю камери вмонтовані нагрівачі, які підтримують постійну температуру в камері, щоб не утворювався конденсат. Температура всередині постійно підтримується на рівні 35,0°C. Глибина ванни складає 25—27 см та заповнюється рідиною, насиченою сіллю Епсона, що дозволяє пацієнту знаходитися на поверхні, в стані, близькому до невагомості. Ноги, ступні, руки, кисті, хребет, голова піддержуються товщею води незалежно одне від одного, що імітує невагомість, що заміщує звичайну напружену взаємодію одного з другим. Після кожного сеансу проводиться очищення води — три ступені механічної фільтрації та один ступінь адсорбції (вода проходить через активоване вугілля) і 8 ступенів очистки за допомогою ультрафіолетових фільтрів. В кінці кожного сеансу через динаміки в камері звучить релакс-композиція, яка підготовлює та повідомляє пацієнта про те, що сеанс закінчено.

Курс лікування складав 10—12 сеансів по 60 хвилин, через день.

Вивчали за загальною методикою (О. М. Вейн, 2000) вегетативний тонус (ВТ), вегетативну реактивність (ВР), вегетативне забезпечення діяльності (ВЗД). Повторне обстеження хворих проводили через 1 місяць після закінчення курсу ПСД. Перед кожним сеансом з пацієнтом працював психотерапевт.

До початку лікування ВТ в обстежених хворих у цілому в групі характеризувався симпатичною спрямованістю. За даними індексу Кердо симпатикотонія мала місце у 18 (78 ± 9 %) хворих, у 5 (22 ± 9 %) цей індекс відповідав парасимпатикотонії. Тобто, у більшості хворих ($p < 0,01$) відмічався дисбаланс в діяльності вегетативної нервової системи.

Оцінка ВР до початку лікування вказувала на її недостатність у 20 (87 ± 7 %) хворих, ($p < 0,001$) та у 3 (13 ± 7 %) вона була спотвореною. ВЗД було недостатнім у 18 обстежених (78 ± 9 %) ($p < 0,01$).

Дослідження стану вегетативної нервової системи у хворих після завершення курсу ПСД виявило, що за даними ВТ ейтонія стала у 15 (65 ± 10 %) ($p < 0,05$),

(до лікування не було у жодного хворого), нормальна ВР стала у 15 ($65 \pm 10\%$) обстежених ($p < 0,05$), ВЗД стало нормальним у 14 ($61 \pm 10\%$) хворих (до початку лікування не спостерігалось ні в кого). Тобто, ПСД забезпечує відновлення збалансованості та синхронності в діяльності над-сегментарних структур вегетативної нервової системи.

Зафіксоване всіма пацієнтами під час сенсорної депривації почуття втрати маси тіла свідчить про зниження активності ретикулярної формації, що у свою чергу, зменшує потік аферентної імпульсації і дозволяє надсегментарним структурам вегетативної нервової системи знизити активність та відновити нормальну взаємодію. Внаслідок таких перебудов у структурах середнього мозку повинна покращитися робота лімбічної системи, яка пов'язана з емоційною та вольовою сферами діяльності людини і відповідно привести до покращання психоемоційного стану, що мало місце в процесі та після програмованої сенсорної депривації.

УДК 616.85-039-008.447:001.8

Е. И. Кудинова¹, Т. С. Черная²

¹Харьковская медицинская академия последипломного образования МОЗ Украины, г. Харьков;

²Винницкая областная психоневрологическая больница им. А. И. Ющенко, г. Винница

Особенности клинической картины тревожных расстройств

В настоящее время тревожные расстройства являются одним из наиболее часто встречающихся вариантов пограничной психической патологии. Как показывают эпидемиологические исследования, распространенность в популяции на протяжении жизни тревожных расстройств (панического расстройства, агорафобии, социальной фобии) в среднем составляет 1,5 %. Медицинская статистика показывает, что в Украине, как и в большинстве европейских стран, наблюдается стабильный рост состояний, сопровождающихся тревожной симптоматикой.

Целью исследования явилось сравнительное изучение особенностей эмоциональной сферы у больных с различными тревожными расстройствами.

Нами было обследовано 115 пациентов с диагностическими категориями: паническое расстройство (F41.0), генерализованное тревожное расстройство (F41.1), смешанное тревожно-депрессивное расстройство (F41.2), которые находились на обследовании и лечении в психиатрическом отделении ВОПНБ им. А. И. Ющенко. Группы составляли мужчины и женщины в возрасте 18—55 лет.

Были изучены и систематизированы predispositionные факторы социально-психологического характера, которые обуславливали особенности формирования тревожных расстройств, особенности клинических проявлений и обнаружены некоторые патопсихологические особенности.

В работе было проведено комплексное экспериментально-психологическое обследование с использованием шкалы тревоги и тревожности Спилбергера — Ханина, личностного опросника Айзенка (EPI), шкалы Гамильтона (HDRS) для оценки депрессии, методики Леонгарда — Шмишека.

В процессе обследования были выявлены основные факторы и условия формирования, клинико-психопатологическая структура и особенности эмоциональных нарушений тревожных расстройств невротического регистра.

Было установлено, что широкий спектр психотерапевтических вмешательств, подобранных для коррекции тревожных расстройств в соответствии с выраженностью и длительностью клинической симптоматики, а также психологическими особенностями, способствует более быстрой и стойкой редукции симптомов, а также восстановлению социально-психологической адаптации личности, повышению качества жизни пациентов.

Результаты проведенной работы используются в формировании системы психотерапии и психологической коррекции пациентов с тревожными расстройствами, построенной на принципах интегративности и дифференцированности.

УДК 616.89-008.441.13-008.441.44:001.8

В. Н. Кузьмін

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Аутоагресивна поведінка у хворих з алкогольною залежністю в стані відміни алкоголю

Найбільш яскравим проявом аутодеструктивної поведінки є суїцид. Ще одним прикладом такої поведінки є залежність від психоактивних речовин (ПАР). Однак, ці подібні за своїми драматичними наслідками стани є якісно відмінними на рівні мотивів особистості. Якщо в першому випадку йдеться про первинно саморуйнівну мотивацію, то в другому — про мотивацію гедоністичну, яка, проте, часто призводить до критичного погіршення якості життя і, врешті — до фатального кінця. Такі контрастні поєднання мотивів і наслідків роблять зазначені форми розладу інстинкту самозбереження перспективними об'єктами для порівняльних досліджень.

Аутоагресивна поведінка у хворих із залежністю від алкоголю визначається психопатологічними порушеннями, які у хворих із залежністю від ПАР у багатьох випадках є поліетіологічними. Розвиток їх і клінічна картина визначаються складною взаємодією чотирьох факторів: 1) синдромом залежності, 2) інтоксикацією — станом відміни; 3) токсичним фактором ПАР і пов'язаними з ним органічною патологією ЦНС і токсичним ураженням внутрішніх органів; 4) соматичною та неврологічною патологією, прямо не пов'язаною з токсичним чинником ПАР. Кожен з перерахованих вище факторів щодо психопатологічних порушень у хворого з алкогольною залежністю може бути етіологічним. При цьому наявні інші будуть робити істотний вплив на патогенез, клінічну картину і перебіг депресивного синдрому, який визначає суїцидальну поведінку.

У неспихотичних варіантах стану відміни алкоголю агресивність хворих визначається більшою мірою особистісними порушеннями (частіше схильністю до експлозивних реакцій), які загострюються під впливом компульсивного потягу до алкоголю. Психотичні варіанти стану відміни алкоголю найбільш яскраво виражені станом відміни алкоголю з делірієм. Очевидно, що в психотичному стані агресивність визначається структурою психопатологічних порушень.

Нами було вивчено аутоагресивну поведінку у 50 хворих в стані відміни алкоголю, що надійшли в Центр невідкладної психіатрії Харківської обласної клінічної психіатричної лікарні № 3.

Агресивність хворих на алкогольну залежність в стані відміни була спрямована, насамперед, на найближче оточення. На початковій стадії визначальним фактором

агресивності були депресивні порушення. Спрямованість агресії та її характер визначалися модальністю депресивного синдрому. Аутоагресивна поведінка у вигляді нанесення самоушкоджень, суїцидальних висловлювань, суїцидальних дій частіше відрізнялася тужливим, пригніченим фоном настрою. При тривозі аутоагресивна поведінка однаково часто зустрічалася з гетероагресивною поведінкою. При дистимії частіше мала місце гетероагресія. Аутоагресія виявлялася нанесенням самопорезів, нанесенням ударів по твердих предметах кулаком, головою і не мала характеру суїцидального, тобто визначалася як самоушкоджуюча поведінка, без наміру вчинити самогубство. В обстежених хворих навіть нанесення тяжких самоушкоджень мало мету полегшення психологічного стану або відходу від уявної небезпеки. Після скоєння аутоагресивних дій, зазвичай, змінювалася модальність депресивних порушень (дисфорія змінювалася астено-депресивним синдромом). Суїцидальна поведінка спостерігалася значно рідше, ніж самоушкоджуюча поведінка. При появі галюцинацій хворі в стані відміни спочатку до них критичні, і поведінка багато в чому визначається реальними подіями. Під час загострення психотичної симптоматики поведінка повністю визначалася галюцинаціями, гострим чуттєвим маренням, афективними порушеннями. Найбільш небезпечними в плані агресивної поведінки в стані алкогольного делірію були страхітливі галюцинації з уривчастими персекуторними ідеями. У низці випадків, захищаючись від переслідувачів, хворий наносив ушкодження різного ступеня тяжкості своїм найближчим родичам, медсестрі, молодшим медпрацівникам. Цікаво зауважити, що при переважанні слухових загрозливих галюцинацій (іноді хворі чули погрози не тільки на свою адресу, але і своїх найближчих родичів) частіше мала місце аутоагресивна поведінка, а при переважанні зорових галюцинацій частіше спостерігалася гетероагресивна поведінка. Спрямованість агресії, поведінкові стереотипи агресивної поведінки залежали від особистості хворого, його індивідуального життєвого досвіду попереднього психозу. У стадії виходу з психозу аутоагресивна поведінка спостерігалася вкрай рідко.

Додатково вивчали відчуття болю та його вплив на суїцидальну поведінку. Було виявлено, що біль був стримуючим чинником у хворих без психотичних проявів та мало впливав на суїцидальну поведінку при розвитку стану відміни алкоголю з делірієм.

Ретельний аналіз психопатологічної структури стану відміни алкоголю дає можливість прогнозувати і вчасно коригувати аутоагресивну поведінку у хворих с алкогольною залежністю.

УДК 616.45-001.1/3:616.37-002:001.8

Н. В. Кутова

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Стратегії стрес-долаючої поведінки у пацієнтів з хронічним панкреатитом

Рівень стресу, спричиненого хворобою, визначається через міру її впливу на життя людини: прогноз, тривалість, тяжкість соматичного дистресу, соціальні наслідки. Психологічне сприйняття і відповідно відреагування на швидкоплинущі коливання самопочуття та відсутність наслідків буде відмінним від ситуації довготривалого зниження працездатності внаслідок ускладнень, обумовлених хворобою, або стрімкого прогресування

недуги і близького летального завершення. Питання копінгу — способу справлятися зі стресом — особливо важливим стає саме для хвороб, які мають значну потенційну загрозу для життя. Хронічний панкреатит (ХП) — це прогностично небезпечне захворювання. Спектр ускладнень ХП, больовий синдром як сильний дистрес-фактор, екзо- та ендокринна недостатність підшлункової залози потребують жорсткого медичного контролю та лікування, що робить прихильність до терапії і копінг-поведінку під час лікувального процесу у пацієнтів з даною нозологією одними з провідних точок прикладення психологічної допомоги.

Метою роботи було — дослідити особливості копінгу у пацієнтів з хронічним панкреатитом алкогольної та біліарної етіології.

Для виявлення копінг-механізмів було використано стандартну методику «Способи долаючої поведінки» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 147 пацієнтів з ХП біліарної етіології — група 1, з них 98 жінок та 49 чоловіків, і 140 хворих з ХП, причиною якого було вживання алкоголю — група 2, з них 44 опитувані — жіночої та 96 — чоловічої статі.

Домінуючими копінг-стратегіями у опитуваних, незалежно від нозології, були пошук соціальної підтримки ($6,9 \pm 2,7$ бали у групі 1 та $7,0 \pm 2,9$ бали у групі 2), уникнення ($6,8 \pm 2,8$ та $7,1 \pm 3,2$ бали у групі 1 та 2) та дистанціювання ($6,9 \pm 3,0$ бали у групі 1 та $7,4 \pm 3,0$ бали у групі 2). У жінок превалюючим було застосування зовнішнього ресурсу у вигляді соціальної підтримки, у чоловіків — віддалення від проблемної ситуації (дистанціювання). Пацієнти з АХП більшою мірою були схильні до конфронтації ($5,7 \pm 2,5$ проти $6,8 \pm 2,9$ бали), дистанціювання ($6,9 \pm 3,0$ проти $7,4 \pm 3,0$ бали), уникнення ($6,8 \pm 2,8$ проти $7,1 \pm 3,2$ бали), тоді як хворі з БХП виявили тенденцію до частішого використання конструктивних видів копінгу — самоконтролю ($6,6 \pm 2,9$ проти $6,3 \pm 2,6$ бали) та прийняття відповідальності ($6,4 \pm 2,7$ проти $5,5 \pm 2,2$ бали).

Вибір стратегій уникнення та дистанціювання у разі хронічного захворювання можна вважати неефективним у зв'язку з постійним зіткненням зі стресовим фактором, тривалим перебуванням у психологічно напруженій ситуації, яка потребує стабілізації психоемоційного стану за рахунок пошуку та реалізації нових форм поведінки. Звернення за соціальною підтримкою дійсно може служити потужним ресурсом, однак варто пам'ятати також і про ймовірність негативного впливу внаслідок недостатності інформаційного досвіду чи адекватності оточення.

Виявлені відмінності у копінг-стратегіях пацієнтів з різними нозологічними формами хронічного панкреатиту надали важливу інформацію для визначення мішеней медико-психологічного впливу та побудову диференційованої програми медико-психологічної допомоги хворим даного профілю.

УДК 616.831-053.81:616.134.9/.93]-005-036-092-085

Н. С. Куфтеріна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Клініко-діагностичні аспекти вертеброгенних цервікокраніалгій у осіб молодого віку

Головний біль і біль в шії є одними з найбільш розповсюджених скарг серед пацієнтів молодого віку. Як правило, вертеброгенні цервікокраніалгії починаються

після тривалої роботи в незручному положенні, після фізичного навантаження у спортзалі, або після сну та локалізуються в потиличній і тім'яно-потиличній ділянках, поєднано з болем у шиї. Незважаючи на те, що за останні роки досягнуто прогресу у вивченні механізмів розвитку больових синдромів, запропоновані ефективні методи їх діагностики та лікування, деякі аспекти вертеброгенних цервікокраніальгій в осіб молодого віку вивчені недостатньо.

Метою нашого дослідження було вивчення клініко-діагностичних аспектів цервікокраніальгій на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта для розроблення оптимальної лікувальної тактики.

Нами було обстежено 73 людини у віці від 18 до 35 років з клінічними проявами рефлекторних синдромів шийного остеохондрозу у вигляді цервікокраніальгій, що проходили стаціонарне та амбулаторне обстеження в Центрі екстреної медичної допомоги та медицини катастроф КЗОЗ «Харківська обласна клінічна лікарня» та лікувально-діагностичному центрі «ЦМЕД» («Центр медико-екологічних досліджень»). З них 46 осіб (63 %) склали жінки, 27 (37 %) — чоловіки. Тривалість захворювання становила від 1 до 5 років. Всім хворим було проведено рентгеноспонділографію шийного відділу хребта в двох проекціях з функціональними навантаженнями, електроенцефалографію, реоенцефалографію, ехоенцефалоскопію, транскраніальну доплерографію (ТКДГ), викликані потенціали, комп'ютерну томографію. Отримані дані підлягали статистичному обробленню. Контрольну групу склали 30 практично здорових осіб відповідного віку.

Під час нейрофізіологічних досліджень у пацієнтів виявлені дисфункція понто-мезенцефального рівня, зміни функціональної активності зорової та тригемінальної систем, уповільнення проведення імпульсів по соматосенсорним аферентним шляхам на спинально-стовбуровому рівні. Судинні розлади у обстежених пацієнтів проявлялися синдромом регіональної церебральної ангіодистонії. Відзначалася венозна недостатність, яка була пов'язана з ускладненням венозного відтоку з порожнини черепа або недостатністю венозного кровообігу в м'яких покриттях голови і шиї. Аналіз отриманих даних виявив змішаний (м'язово-судинний) механізм виникнення цервікокраніальгій, що є клінічним проявом рефлекторних синдромів шийного остеохондрозу в осіб молодого віку. У зв'язку з чим, комплексне лікування даної категорії пацієнтів доцільно включати протизапальні препарати, міорелаксанти, венотоники, судинні та вегетотропні препарати, а також препарати, які зменшують іритативні пароксизмальні прояви та больовий синдром, у поєднанні з фізіотерапевтичними методами.

Вертеброгенні цервікокраніальгії в більшості випадків мають змішаний генез і найчастіше формуються при поєднанні головного болю напруження з м'язово-тонічними порушеннями в ділянці шиї і абзусним фактором. Нейрофізіологічними особливостями цервікокраніальгій є дисфункція стовбурових структур переважно понто-мезенцефального рівня, зміна функціонального стану зорової системи, підвищення рефлекторної збудливості тригемінальної системи та уповільнення когнітивних процесів, що визначає відповідні принципи патогенетичної терапії. Своєчасна діагностика і правильний підхід до лікування в подальшому призведе до ранньої реабілітації хворих та підвищення працездатності хворих молодого віку з цервікокраніальгіями на тлі остеохондрозу шийного відділу хребта.

УДК 616.89-008.441.44-009.7:001.8

И. В. Линский, В. Н. Кузьминов, Е. А. Шульга
 ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
 НАМН Украины», г. Харьков

Перспективы изучения болевой чувствительности у больных с аутодеструктивным поведением

Комплексное изучение механизмов аутодеструктивного поведения остается актуальным, несмотря на многочисленные публикации, посвященные суицидам. Для профилактики суицидов огромное значение имеет понимание процесса перехода от суицидальных мыслей к суицидальным действиям. Наличие сдерживающих факторов в осуществлении суицидальных действий при имеющихся суицидальных намерениях считается общепризнанным важным фактором. Одним из таких сдерживающих факторов является страх перед болью.

Другим вариантом аутодеструктивного поведения является зависимость от психоактивных веществ. Однако, эти подобные по своим драматичным последствиям состояния являются качественно отличными на уровне мотивов личности. Если в первом случае речь идет о первично саморазрушительной мотивации, то во втором — о мотивации гедонистической, которая, тем не менее, часто приводит к критическому ухудшению качества жизни и, в конечном итоге, — к фатальному концу. Общеизвестен факт извращения болевой чувствительности у инъекционных наркоманов. Длительные попытки внутривенного самовведения наркотика (при отсутствии поверхностных вен) контрастируют с повышенной чувствительностью к болевым раздражителям в состоянии отмены. Такие контрастные сочетания мотивов и последствий делают отмеченные формы расстройства инстинкта самосохранения перспективными объектами для сравнительных исследований. С другой стороны, известно что «сторожевым псом» инстинкта самосохранения является ощущение боли. Несмотря на очевидность этого тезиса, исследований, посвященных систематическому изучению роли болевой чувствительности в механизмах реализации аутодеструктивного поведения, практически не было. В доступной специальной литературе состояние болевой чувствительности рассматривается лишь как один из маркеров суицидальной активности, а не как важная составляющая ее психофизиологического механизма. Между тем, отвечающие за восприятие боли нейро-медиаторные системы головного мозга (опиоидная, моноаминергическая и т. д.) определяют во многом и эмоции человека, которые имеют непосредственное отношение к риску формирования саморазрушительного поведения.

Нами было проведено комплексное обследование 50 больных с алкогольной зависимостью с суицидальным поведением перед госпитализацией в стационар. Установлено, что боль была сдерживающим фактором в отношении перехода от суицидальных мыслей к суицидальным действиям у больных без психотических нарушений и мало влияла на суицидальное поведение при развитии острых металкогольных психозов. Страх перед болевыми ощущениями влиял на выбор способа совершения суицида. У больных в состоянии алкогольного опьянения brutальные способы совершения суицида встречались чаще. Это, наверное, связано как с облегчением начала совершения суицида опьянением, так и с обезболивающим эффектом алкоголя. Отмечен факт обрыва истинных суицидальных попыток интен-

сивними божевими ощущениями, напрямую не связанными с совершаемым суицидом. Мы предполагаем, что в этой ситуации мишенью болевых ощущений является специфическая дереализация, которая отмечается у больных перед совершением суицида. Отмечена отсрочка и в ряде случаев переосмысление намерения реализации суицидальных намерений.

Настоящее сообщение является предварительным. Нами планируется дальнейшее комплексное (неврологическое, психопатологическое, психодиагностическое, электрофизиологическое) изучение болевой чувствительности, ощущения и восприятия боли у больных алкогольной зависимостью в динамике (алкогольное опьянение — состояние отмены — ремиссия) и их влияние на суицидальное поведение.

УДК 616.89:612.843.7-071

**І. В. Лінський, Л. Ф. Шестопалова,
М. М. Денисенко, О. О. Бородавко**
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Механізми сприйняття підпорогових аудіовізуальних стимулів в процесі психодіагностики

Однією з найбільш актуальних проблем сучасної психології є вивчення неусвідомлених психічних проявів. Треба зазначити, що ця проблема не є новою, її дослідженню присвячена значна кількість наукових робіт. Однак, незважаючи на це, багато її аспектів залишаються невизначеними. Зокрема, недостатньо вивченими є закономірності та механізми функціонування неусвідомлюваних психічних проявів, їх роль у реалізації психічної діяльності, характер їхнього зв'язку з усвідомлюваними психічними процесами та ін.

Перші експерименти, спрямовані на вивчення неусвідомлюваного сприйняття, являли собою спроби виявити порогову різницю між двома індикаторами, один з яких — показник усвідомлення стимулу, інший — показник підпорогового (щодо усвідомлення) ефекту цього стимулу.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей сприйняття підпорогових візуальних вербальних стимулів (типу «25 кадр») з різним рівнем емоційної значущості.

Основним напрямком нашої роботи було визначити порого сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості; дослідити порого сприйняття візуальних вербальних стимулів залежно від характеру їх емоційного забарвлення (позитивного та негативного); вивчити зв'язок між підпороговим пред'явленням слів-стимулів та ефективністю їх репродукції.

У дослідженні взяли участь 40 осіб віком від 17 до 21 року (середній вік становив $18,58 \pm 0,16$ роки). Серед них було 6 (15,00 %) чоловіків та 34 (85,00 %) жінки.

Досліджено порого сприйняття візуальних вербальних стимулів з різним рівнем емоційної значущості та характером їх емоційного забарвлення. Пороги упізнання емоційно нейтральних слів в середньому становлять ($32,84 \pm 1,49$) мс; позитивних — ($24,81 \pm 1,14$) мс; негативних — ($27,04 \pm 1,22$) мс. Існує зв'язок між порогоми упізнання візуальних вербальних стимулів та рівнем їх емоційної значущості. Пороги упізнання емоційно значущих слів достовірно ($p < 0,05$) нижчі, ніж нейтральних.

В умовах тахістоскопічного пред'явлення неусвідомлюваних вербальних стимулів формується певний перцептивно-мнестичний слід, який одразу ж набуває певного семантичного змісту та певного рівня суб'єктивної значущості.

Визначено зв'язок між підпороговим пред'явленням візуальних вербальних стимулів та ефективністю їх вгадування серед інших, наочно представлених слів. Показано, що усереднена відносна частота визначення всіх слів-стимулів, що попередньо демонструвались у підпороговому діапазоні, перевищувала частоту вгадування інших слів на 96,46 % ($p = 0,0006$).

Отримані результати можуть служити підґрунтям для подальшого вивчення механізмів та закономірностей функціонування неусвідомлюваних психічних процесів.

УДК 616.89-008.441.13-06-08

Н. М. Лісна, О. В. Бараненко
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Оптимальний терапевтичний альянс як основний чинник ефективності лікування алкогольної залежності та співзалежності

Останніми роками поширеність алкогольної залежності в Україні залишалася на стабільно високому рівні. Однак, враховуючи негативну динаміку економічного та соціального становища, тривалий військовий конфлікт, з'явлення проблеми біженців та мігрантів, можна упевнено припустити, що рівень алкоголізації населення надалі буде неухильно збільшуватися. Тому питання щодо розроблення методів лікування осіб з алкогольною залежністю та надання адекватної медико-психологічної допомоги їх співзалежним родичам залишаються у вітчизняних наукових дослідженнях пріоритетними.

Як свідчать результати численних клінічних досліджень, близько 75 % осіб, залежних від психоактивних речовин, починаючи той чи інший вид лікування, припиняють його до закінчення терапевтичного курсу або ігнорують рекомендації лікаря продовжувати прийом ліків і відвідувати групи реабілітації та взаємодопомоги. Відомо також, що близько 50 % всієї інформації, отриманої від лікаря, хворі, як правило, не запам'ятовують, а в 30 % випадків помилково сприймають лікарські рекомендації. З іншого боку, є достатньо даних про те, що довіра до лікаря, терапевтичний стиль спеціаліста, спрямований на співпрацю та врахування потреб і особливостей конкретного пацієнта, — більш ніж на 80 % визначають прихильність хворого до лікування та зумовлюють позитивні ефекти терапії. Отже, в ході лікувально-реабілітаційного процесу терапевтичні відносини виступають як основний дійовий та лікувальний чинник. Більш того, прихильниками доказової медицини було запропоновано термін «*evidence-based therapy relationship*» (2011), або доказові терапевтичні відносини, які розглядаються як важливий показник належної медичної допомоги.

Слід зазначити, що на сучасному етапі в протиалкогольній терапії набуває все більшого значення особистісно-орієнтований підхід, що дозволяє розглядати пацієнта не тільки як об'єкт терапевтичного впливу, але і як суб'єкта лікувального процесу, який спільно з лікарем визначає терапевтичну мету та приймає рішення про способи її досягнення. Такий підхід потребує наукового розроблення методів оптимізації терапевтичного альянсу, тобто взаємовідносин між спеціалістом (наркологом,

психологом), пацієнтом з алкогольною залежністю та його співзалежними родичами в умовах сучасної реформи наркологічної служби і впровадження принципів партнерства.

Дослідження, проведені раніше у відділі медичної психології ДУ ІНПН НАМН України, довели важливість врахування значущих психологічних характеристик основних учасників лікувального процесу та необхідність впровадження спеціальних дій, спрямованих на корекцію мотиваційних утворень і поведінкових стратегій хворих неврологічного профілю, які впливають на загальну ефективність лікувально-реабілітаційної програми.

Виходячи з вищезазначеного, розроблення та впровадження індивідуалізованих алгоритмів психотерапевтичного і психокорекційного втручання, спрямованих на оптимізацію терапевтичного альянсу в рамках лікування осіб з алкогольною залежністю та співзалежністю складе умови для довгострокового послідовного ведення хворих, підвищення якості їхнього життя та досягнення максимально можливого соціального пристосування. Цей підхід можливо реалізувати тільки на підставі поглибленого аналізу психологічних феноменів та процесів, які відбуваються під час протиакольного лікування і виступають як детермінанти терапевтичного альянсу.

УДК 616-003.96:362.1(477.61)(477.62)

**В. М. Лісовий, В. А. Капустник,
В. Д. Марковський, М. М. Хаустов, К. В. Дмитрієнко,
В. М. Сінайко, І. В. Завгородній**
Харківський національний медичний університет, м. Харків
**До проблеми соціально-психологічної адаптації
студентів першого курсу ХНМУ — мешканців
Луганської та Донецької областей**

Розвиток збройного протистояння на Сході України призвів до виникнення численних психологічних проблем серед мешканців частини Донецької та Луганської областей, багато з яких були вимушені залишити свої домівки та переїхати на іншу територію України. В особливо несприятливих умовах перебувають особи молодого віку, які опинилися у вирі подій військового конфлікту або мають родичів чи знайомих, що залишилися на окупованих територіях. Ми вважаємо, що саме ці люди потребують найбільш уважного ставлення з боку психологічної служби для своєчасного виявлення та корекції можливих розладів соціально-психологічної адаптації.

З метою оцінки ступеня соціально-психологічної адаптації студентів нами було обстежено 146 осіб — мешканців Донецької та Луганської областей, які вступили на 1-й курс Харківського національного медичного університету. Було використано такі методики: Опитувальник вираженості психопатологічної симптоматики (SCL-90-R), методика дослідження соціально-психологічної адаптації К. Роджерса — Р. Даймонда, шкала депресивності Бека, Міссісіпська шкала.

У ході роботи було визначено маркери порушення психічного здоров'я у студентів внаслідок перенесення бойових дій: труднощі концентрації уваги на практичних заняттях унаслідок вираженої тривоги, неспокою, страху, напруженості, надмірної стурбованості та пригніченості; невпевненість у собі, похмурі передчуття, уникання всього (дій, розповідей одногрупників, малюнків в соціальних мережах), що може викликати в пам'яті психотравмуючу ситуацію; жакливі сновидіння та нав'язливі спогади про

пережиті психотравмуючі події, безсоння (за розповіддю досліджуваних); генералізована тривога, неконтрольована злість, депресія, підвищена збудливість; прагнення до ізоляції й обмеження контактів із зовнішнім світом (особливо при бесідах інших людей про бойові дії), наявність флешбеків.

На нашу думку, у роботі з даною категорією студентів треба враховувати особливості їх психологічного стану в педагогічному процесі. Порушення адаптації, депресивні тенденції, агресивність, складності у встановленні контакту з іншими особами, недостатність мотивації, втомлюваність можуть впливати на навчальний процес та готовність студентів-першокурсників навчатися, сприймати нову інформацію, адаптуватися до вимог вищого навчального закладу.

Необхідно проводити індивідуальну та групову психологічну роботу, спрямовану на встановлення довіри зі студентами, допомогу у переборюванні травми, зняття депресивних симптомів та тривожності, роботу з агресією.

У комунікації між викладачем та студентами треба уникати оцінювання особистості студента, його політичних, релігійних, національних, сексуальних уподобань, у цій ситуації можлива лише об'єктивна оцінка знань студента.

Важливим є довірчий контакт між куратором групи й студентами, їх можливість звернутися до викладача за порадою, консультацією.

Крім того, може стати корисним контакт між куратором групи та батьками студентів, що дозволить краще розуміти стан молодих осіб, їх потреби.

Окрім навчального процесу, треба звернути увагу на можливість задіяти студентів у різних наукових проектах за їх бажанням, творчих заходах, що дозволяють розвивати не тільки професійні, але й особистісні властивості.

УДК 616.89-008.441.13-053.36-008.447

І. Ю. Лобанов
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків
**Гормонально-тестикулярний стрес — як механізм
фіксації алкогольної залежності в підлітковому віці**

Як відомо, стрес є чинником 70—80 % усіх сучасних захворювань. Хронічні стреси виникають на тлі та при участі станів збудження (як відповідь на гіперстимуляцію зростаючою кількістю, глобальністю та швидкістю змін); напруженістю (яка спрямована на стримування збудження та активних реакцій, відповідно до вимог сучасного суспільства; постійного (усвідомленого або несвідомого) «програвання» невирішених ситуацій та їх «пожвавлення» у відповідних актуальних ситуаціях.

Усьому вищезазначеному відповідають соціально-психологічні, особистісні та біологічні (гормонально-метаболічні, нейрофізіологічні та ін.) зміни у підлітків в період пубертатної кризи. Тому є цілком вірогідним вважати, що саме глобальні кризові змінення функціонування організму, які відбуваються у пубертаті, є тим чинниковим механізмом, який ініціює «адиктивний потенціал» підлітка та фіксує у нього адиктивні розлади. Цей тезис і відповідає меті нашого дослідження.

Стресор — це зовнішні і/або внутрішні фізичні (температура, запалення та ін.), і/або психічні (роздуми, інформаційне перенавантаження тощо), і/або метаболічні (гормональні) змінення, які виводять організм

із рівноваги, і викликають фізіологічну відповідь (*stress*), яка спрямована на відновлення рівноваги (гомеостазу). Стрес спричиняє складну ланцюгову реакцію з боку мозку, психіки, особистості, організму, поведінки, метаболічних процесів і може бути цілющим, а може досягати патогенного значення.

Комплексне патопсихологічне, гормональне та нейрофізіологічне дослідження 176 підлітків віком 15—17 років на різних етапах алкоголізації* та 56 хворих на алкогольну залежність (АЗ) віком 20—33 роки (V група), які вживають алкоголь з пубертатного періоду, дозволило одержати переконливі дані щодо поставленої мети.

Перше: Виникнення АЗ у підлітків з негативними наслідками органічного ураження мозку в перинатальний період онтогенезу (тобто з високим адиктивним потенціалом) відбувається на тлі та при участі фізіологічного пубертатного підвищення вмісту тестостерону (Тс) в крові, яке так і не досягає вікової норми (60—70 % від норми) та складних перебудов, що відбуваються в організмі (I, II групи).

Друге: Цей «тестикулярний виклик» (*stress*) супроводжується відповідним підвищенням в крові вмісту кортизолу — Корт. (на 26—36 %), що відповідає за виникнення стану напруження (синдрому напруженої адаптації) (I, II групи).

Третє: Усе вищезазначене потребує захисної поведінки і ініціює виникнення інтересу у підлітка до вживання алкоголю, появу досвіду такого вживання (II група).

Четверте: Регулярне вживання етанолу підлітками III та IV груп — цієї «протоплазматичної отрути» та наркотичної речовини, деформує усі метаболічні, нейрофізіологічні, психічні та інші процеси в організмі підлітка, супроводжується вираженими затримками і розладами сомато-статевого та особистісного дозрівання.

П'яте: Водночас, в III та IV групах вживання алкоголю знижує екскрецію Тс в організмі, що автоматично підвищує активність гіпофізу і стимулює суттєві якісні перебудови, насамперед, в ендокринній системі: в центральних та периферичних ланках, у їх взаємозв'язках, а також — у чутливості тканин до чоловічих та жіночих гормонів; підвищене виділення деяких інших гормонів, зокрема альдостерону («гормону спраги»), гормонів «щастя» та ендорфінів.

Шосте: Усе вищезазначене «притуплює» вираженість загальної неспецифічної реакції на пубертатно-гормональний (тестикулярний) стрес, що відображається зниженням вмісту в крові у підлітків III, IV груп кортизолу (на 20—25 %), чутливості тканин до нього.

Сьоме: Як специфічне гормональне підґрунтя в усіх досліджених (I—V групи) спостерігалися високі значення вивільнення прогестерону (Пс) — в 5—8 разів вище, ніж в нормі, що можна віднести до специфічних характеристик дослідженого контингенту з наявністю в анамнезі перинатальної церебральної патології.

Восьме: В групі досліджених, хворих на АЗ II стадії, віком 20—33 роки, з більш великим стажем зловживання алкоголем (V група) спостерігаються і більш суттєві токсичні ефекти, в т. ч. подальше зниження рівня Тс, підвищення вмісту естрадіолу, затримки та якісні порушення сомато-статевого дозрівання з формуванням інфантильних, макроскельних, жіночих, евнухійних та інших морфотипів, виникнення розладів статево-рольової

вої ідентифікації, неспроможність до шлюбно-сімейних відносин тощо.

Дев'яте: Усе вищезазначене найбільш вагомо виявляється у співвідношеннях гормонів. Так, коефіцієнт Корт./Тс був вище норми в I та II групах на 46 % та 60 %, відповідно. В III, IV, V групах він досяг норми, фіксуючи новий «алкогольно-спотворений» гомеостаз в організмі. Коефіцієнт Тс/Пс в I групі був нижче норми в 10 разів і проявляв лише тенденцію збільшення в бік норми в III—V групах. Коефіцієнт Тс/Ас був в 1,5—5 разів нижче норми в I—III групах і, різноспрямовано, наближався до норми в IV та V групах.

Стан гормонального, нейрофізіологічного та особистісного незабезпечення гармонії сомато-статевого дозрівання, синдромологія напруженої адаптації (*stress*) у осіб з наявністю перинатальної церебральної патології в анамнезі і є тими біологічними механізмами, які ініціюють інтерес підлітка до вживання алкоголю і на які нашаровується стан залежності. Ці механізми інтегрують та фіксують численні адаптивні зміни на всіх рівнях гомеостазу. Унаслідок наростаючої алкогольної інтоксикації, ці механізми, закономірно, фіксують і стан залежності від алкоголю, як один із параметрів нової функціональної системи.

Усі складності лікування станів АЗ, висока резистентність хворих до лікування, ймовірно обумовлені тим, що процес порушеного сомато-статевого дозрівання, формування сексуальності, прагнення до насолоди і синдром залежності — складають єдине, неподільне ціле.

УДК 613.816:616.45-001.1/.3-008.441.44-08

**А. В. Малихін, М. Ф. Посохов,
О. О. Васильєва, Н. А. Малихіна**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Застосування фотонної терапії в комплексному лікуванні посттравматичного стресового розладу у вигляді аутодеструктивної поведінки (суїцидальні наміри) у хворих з синдромом залежності від алкоголю

Останнім часом на Україні відбувалось багато екологічних, соціальних небезпечних подій, окремих військових конфліктів, які чинили психотравмуючий вплив на всі верстви населення, що приводило до розвитку різноманітних посттравматичних стресових розладів. Однією з найбільш уразливих груп ризику до посттравматичних стресових розладів (ПТСР) та розладів адаптації (РА) виявились хворі з синдромом залежності від алкоголю. Коморбідна психопатологічна патологія при синдромі залежності від нейротропних речовин (у т. ч. алкоголю) у вигляді депресивної та суїцидальної поведінки хворого на біохімічному рівні пов'язується з порушенням метаболізму серотоніну та дофаміну на рівні катехоламінової нейромодуляції в мезолімбічних структурах мозку та нейротрофічного фактора (BDNF — *brain-derived neurotrophic factor*, 1987 р.). BDNF — це білок з молекулярною масою 13 кілоДальтон, який належить до класу цитокінів, сімейства факторів росту і підродиної нейротрофінів; експресується в гліальних і, переважно, у нейрональних клітинах. BDNF відіграє важливу роль у розвитку і функціонуванні ЦНС і має істотне значення в розвитку різних патологічних станів.

Мета роботи: розробити нові комплексні методи лікування наркологічних хворих з депресивними станами та профілактики суїцидальної поведінки, провести оцінку терапевтичного ефекту фотонної терапії апаратом

* I група — не знайомі зі смаком алкоголю; II група — особи, що епізодично вживають спиртне; III — підлітки, які регулярно споживають алкоголь, але без ознак залежності; IV — особи з I стадією АЗ.

Коробова А. — Коробова В. «Барва-Ларінголог/ПХ» (далі — фотонна матриця) на підставі порівняльного аналізу психоневрологічного та психологічного статусу, оцінки нейротрофічних та імунних взаємодій (на ґрунті неінвазивного аналізу гомеостазу організму, термометрії активних точок та рН крові) у хворих на алкоголізм.

На клінічній базі відділення невідкладних станів у психіатрії та наркології ХОКПЛ № 3 було обстежено 120 осіб чоловічої статі, які зловживали алкоголем, середній вік 40 ± 5 років, середня маса тіла 70 ± 5 кг. Усі хворі мали діагноз синдрому залежності від алкоголю з депресивними порушеннями різного ступеня. Як додатковий метод лікування застосовували гнучку фотонну матрицю Коробова «Барва-Ларінголог/ПХ» з поліхромними світлодіодами. Біохімічна регуляція кількісних показників мозкового кровообігу достатньо щільно пов'язана з активністю каротидного вузла (*gl.caroticus*). Тому у першому дослідженні світлодіодну терапію було вирішено застосовувати на шиї в ділянці проекції каротидних судин та *gl.caroticus* — білатерально. Тривалість 1 сеансу складала 20 хвилин, кожному хворому було проведено по 10 сеансів через 1 добу. Як основний інструментальний метод обстеження був використаний неінвазивний аналізатор формули крові з програмою «USPIN» (версія 10), який визначав взаємозв'язок гомеостазу організму і зовнішнього середовища. Також усі хворі були обстежені психіатром, неврологом, та для об'єктивізації результатів за допомогою тестів на серйозність суїцидальних намірів.

Концентрація BDNF-нейротрофічного фактора після сеансів фотонної терапії наближається до фізіологічної норми, що обумовлює рівновагу в медіаторних дофамін-серотонінових системах головного мозку хворих з алкогольною залежністю, тим самим купіруючи прояви абстинентного та депресивного синдрому, та запобігає проявам суїцидальної поведінки. На фоні додаткового застосування фотонної терапії в обстежених хворих з синдромом залежності від алкоголю та з депресивними порушеннями також спостерігалась більш швидка нормалізація показників тестів CSSRS, MADRS, VAS у порівнянні з іншими наркологічними хворими, які отримували лише планове лікування.

УДК 616.45-001.1/3:159.96

А. Р. Марков

ПВНЗ «Краматорський економіко-гуманітарний інститут», м. Краматорськ

Інформаційно-психологічна безпека особистості як актуальна проблема сучасності

Проблема впливу інформації на суспільне та індивідуальне здоров'я давно привертає увагу науковців усього світу. Існують, навіть, пропозиції щодо виділення окремого феномена — інформаційного здоров'я, з конкретним визначенням та змістовним навантаженням, створена модель впливу соціально значущої інформації на здоров'я (див. рисунок) [О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011].

Взагалі, підґрунтям будь-якого психологічного стресу є вплив інформації. Однак, на теперішній час окремою дефініцією вирізняють інформаційний стрес, який розглядають у трьох аспектах [цит. за О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011]:

- а) пов'язаний з інформаційним перенавантаженням;
- б) пов'язаний зі взаємодією людини з інформаційними технологіями;
- в) пов'язаний з професійною діяльністю.



Модель впливу соціально значущої інформації на здоров'я людини, соціальних груп та суспільства

[цит. за О. А. Панченко, Н. В. Банчук, 2011]

Перший, найбільш глобальний та розповсюджений вид інформаційного стресу, був описаний та обґрунтований Е. Тоффлером в рамках створеної ним концепції трьох хвиль — типів розвитку суспільства: аграрне — індустріальне — інформаційне (постіндустріальне). Атрибутом інформаційного суспільства, за Е. Тоффлером, є високий темп розповсюдження інформації, що потребує від людини нових адаптивних навичок, на які вона не здатна. Не маючи надійних механізмів адаптації та не опанувавши нові позитивні стратегії виходу з інформаційної кризи, людина зокрема і суспільство в цілому піддаються розвитку хвороби, яку Е. Тоффлер назвав футурошоком (*futureshock*), що являє собою «людську реакцію на надмірну стимуляцію», яка проявляється на трьох рівнях [А. Toffler, 1975]:

- а) сенсорному (зниження точності передачі образів і стирання меж між ілюзією та реальністю),
- б) когнітивному (зниження здатності вибору, оцінки та збереження інформації),
- в) поведінковому (зниження здатності до прийняття рішень (*desigion-makingstress*)).

До другого типу інформаційного стресу можна віднести стани втрати контролю над діяльністю, пов'язану з неопануванням нової ситуації, та різноманітні адиктивні стани, пов'язані з новими інформаційними технологіями.

Третій вид інформаційного стресу спостерігається у представників екстремальних або автоматизованих професій, пов'язаних з великою відповідальністю.

В світі зазначеної концепції інформаційного стресу деякі автори вирізняють окрему форму невротичних, пов'язаних зі стресом, розладів — інформаційний невроз [М. М. Хананашвілі, 1978], який, на їх переконання, виникає внаслідок, з одного боку, довготривалої роботи мозку в умовах несприятливого сполучення таких факторів — необхідності засвоєння та оброблення великого обсягу інформації; постійного дефіциту часу; високого рівня мотивації, що визначає високу значущість інформації, а з іншого — довготривалого дефіциту високозначущої інформації. В той же час, клінічна варіативність таких станів може відповідати будь-якому невротичному розладу, тому в цьому разі мова може йти про причинний зв'язок, а не про специфічність клінічних проявів.

Таким чином, проблеми інформаційно-психологічної безпеки набувають в сучасному світі все більш вагомое значення, а розуміння існуючих загроз і ризиків, механізмів їх дії і можливостей захисту стає не тільки психологічною проблемою, але й нагальною потребою соціальної практики в повсякденному житті сучасної людини.

УДК 615.015.6:615.07:001.8

*Л. М. Маркозова**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», Харків***Порівняльний аналіз особливостей юридичних аспектів в групах хворих наркологічного профілю з різною спроможністю утримуватись у когорті**

Звісно, що значна частина здійснених злочинів відбувається в стані алкогольного або наркотичного сп'яніння (Н. І. Коржанський, 1989; М. Й. Коржанський, 1996). Зазвичай здійсненню злочинів передують різні форми девіантної поведінки (У. С. Позднякова, 2013), первинне значення серед яких відводиться пияцтву, алкоголізму і наркоманії. Саме ці негативні соціальні явища багато в чому обумовлюють подальшу кримінальну поведінку осіб із залежністю від алкоголю та інших психоактивних речовин (П. Л. Тоболкин, 1983).

Мета: вивчення юридичних аспектів в групах осіб з залежністю від алкоголю та залежністю від психоактивних речовин з різною спроможністю утримуватись у когорті.

Методи дослідження: анкетний, статистичний.

Протягом п'яти років проведено обстеження осіб з залежністю від алкоголю ($n = 281$) та залежністю від психоактивних речовин ($n = 151$) на базі ОКНЛ м. Харкова. Обстежених поділено на 4 групи: 1 група (середній вік — $40,68 \pm 0,99$ роки) — особи з залежністю від алкоголю з високою спроможністю утримуватись в когорті (54,1 %) протягом останніх (перед першим візитом) 30 днів; 2 група (середній вік — $36,85 \pm 0,94$ роки) — особи з залежністю від алкоголю з низькою спроможністю утримуватись в когорті (45,9 %); 3 група (середній вік — $31,04 \pm 0,77$ роки) — особи з залежністю від психоактивних речовин з високою спроможністю утримуватись в когорті (34,4 %); 4 група (середній вік — $26,96 \pm 1,03$ роки) — особи з залежністю від психоактивних речовин з низькою спроможністю утримуватись в когорті (65,6 %).

Під час вивчення середніх показників кількості адміністративних правопорушень в групах залежних від алкоголю та залежних від психоактивних речовин з низькою та високою спроможністю утримуватись у когорті встановлено, що особи 1 групи майже в 2,5 рази частіше бували за кермом у стані сп'яніння ($p < 0,05$) та в 2,6 рази частіше порушували правила дорожнього руху ($p < 0,05$). Порушення громадського порядку, бродяжництво, пияцтво в громадських місцях вірогідно частіше спостерігалися в осіб 2 групи ($0,34 \pm 0,10$ рази проти $1,14 \pm 0,33$ рази, $p < 0,05$).

Особи, залежні від наркотиків, дали негативні відповіді на запитання про порушення правил дорожнього руху, громадського порядку та перебування за кермом у стані сп'яніння.

Під час вивчення частот деяких показників стилю і наслідків вживання алкоголю та тютюну в групах обстежених виявлено, що наявність арештів або звинувачень в анамнезі була у 19 осіб 1 групи та у 8 осіб 2 групи. У більшості обстежених 1 групи ($n = 140$) та 2 групи ($n = 181$) арештів або звинувачень в анамнезі не було. В групі залежних від наркотиків особистісну серйозність поточних проблем із законом різного рівня зазначали 14 осіб 3 групи, в 4 групі подібні проблеми були майже в 2 рази частіше ($n = 30$). Особистісну важливість консультування, допомоги з приводу проблем із законом зазначали 30 осіб 2 групи, а кількість осіб 1 групи, які відчували особистісну важливість консультування, допомоги з приводу проблем із законом, збільшилася ($n = 21$).

Таким чином, для осіб з залежністю від алкоголю з високою спроможністю утримуватись в когорті притаманно перебування за кермом в стані сп'яніння та порушення правил дорожнього руху ($p < 0,05$), в той час як для осіб з залежністю від алкоголю з низькою спроможністю утримуватись в когорті — порушення громадського порядку, бродяжництво, пияцтво в громадських місцях ($p < 0,05$); наявність арештів/звинувачень в анамнезі була частіше серед осіб з залежністю від алкоголю та високою спроможністю утримуватись в когорті та осіб з залежністю від психоактивних речовин з низькою спроможністю утримуватись в когорті.

УДК 615.211.7:615.075-071.1-036.66

*Л. М. Маркозова**ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків***Порівняльний аналіз родинного та особистого анамнезу в групах хворих з залежністю від психоактивних речовин з різним реабілітаційним потенціалом**

Звісно, що формування залежності від наркотиків і алкоголю, як і інші психосоціальні розлади, пов'язані з факторами ризику і стійкості, які містять індивідуальні, генетичні, особові і середовищні впливи, а також різні комбінації взаємодії між ними (Н. А. Сирота, 2003). Саме тому підвищується актуальність визначення родинного анамнезу серед наркозалежних.

Мета: вивчення родинного та особистого анамнезу в групах осіб з залежністю від алкоголю (АЗ) та залежністю від психоактивних речовин (ПАР) з різним реабілітаційним потенціалом (РП).

Методи дослідження: анкетний, статистичний.

Проведено обстеження осіб з АЗ ($n = 281$) та залежністю від ПАР ($n = 151$) протягом 5 років на базі ОКНЛ м. Харкова з урахуванням даних за останніх (перед візитом) 30 днів. Обстежених поділено на групи: 1 група — $40,68 \pm 0,99$ роки — особи з АЗ (54,1 %) з високим РП (ВРП); 2 група — $36,85 \pm 0,94$ роки — особи з АЗ (45,9 %) з низьким РП (НРП); 3 група — $31,04 \pm 0,77$ роки — особи з залежністю від ПАР з ВРП (34,4 %); 4 група — $26,96 \pm 1,03$ роки — особи з залежністю від ПАР з НРП (65,6 %).

Виявлено, що серед родичів 1 ступеня споріднення в осіб 1 групи — найбільша кількість родичів, залежних від алкоголю (А) та тютюну (Т) ($p < 0,001$); в осіб 2 групи та в групах осіб з залежністю від ПАР, незалежно від рівня РП, — найбільша кількість родичів, залежних від Т. Серед родичів 2 ступеня споріднення в осіб з АЗ спостерігається найбільша кількість родичів, залежних від А та Т ($p < 0,01$); родичів без ознак залежності було більше серед осіб 2 групи ($p < 0,01$). Серед родичів 2 ступеня споріднення осіб з залежністю від ПАР спостерігається найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від інших ПАР та з адикціями нехімічного походження (АНП), порівняно з групою родичів 2 ступеня споріднення осіб з АЗ.

В осіб 1 групи показник збереження свого поточного сімейного стану вищий, ніж у осіб 2 групи та в групах залежних від наркотиків ($p < 0,05$); за сімейним станом серед осіб 1 групи — більше повторно одружених, які проживають у колі сім'ї, особи 2 групи проживають поодинокі чи з друзями, тому кількість друзів у осіб цієї групи вища, ніж у осіб 1 групи ($p < 0,05$). Встановлено, що в осіб з АЗ з ВРП спостерігаються переважно серйозні конфлікти з членами родини ($p < 0,01$), конфлікти з іншими

людьми — переважно в осіб 2 групи ($p < 0,05$); у осіб з АЗ та у осіб з залежністю від ПАР більшу кількість днів відбувалися серйозні конфлікти з членами їхньої родини, ніж з іншими людьми. Більша кількість осіб 1 групи, які проживають з родичами, що палять Т, мають проблеми з А, іншими ПАВ, АНП та проблеми з психікою ($p < 0,0001$). Більшість осіб 2 групи проводять свій вільний час з родиною та друзями, а особи 1 групи — на самоті; задоволення від проведення вільного часу отримують частіше особи 1 групи ($p < 0,0001$). Найбільші проблеми в спілкуванні протягом останніх 30 днів та протягом життя виявлені в осіб 2 групи ($p < 0,0001$), які мають стурбованість проблемами спілкування поза межами родини ($p < 0,0001$). Значну/сильну особистісну важливість лікування/консультування з приводу проблем поза межами родини виявлено в осіб 2 групи — в 2,8 рази частіше, ніж у осіб 1 групи ($p < 0,0001$), у осіб 4 групи — в 2,0 рази частіше, ніж у осіб 3 групи. Виявлено, що в осіб 3 групи протягом життя близькі взаємини з батьками — в 2,4 рази частіше, ніж у осіб 4 групи; серйозні проблеми спілкування з колегами в осіб 4 групи — частіше в 2,0 рази, ніж у осіб 3 групи. Проблеми спілкування протягом життя в осіб 3 групи — частіше, ніж у осіб 4 групи, в 1,5 рази.

Таким чином, серед родичів обох ступенів споріднення в осіб 1 групи відмічається найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від А та Т ($p < 0,01$), у осіб 2, 3, 4 груп — з залежністю від Т; особи 1 групи проживають у колі сім'ї; члени родини осіб з АЗ мають проблеми з А та Т, а члени родини осіб 3 та 4 групи — з А, ПАВ, АНП. Особи з ВРП (1 та 3 групи) мають близькі взаємини з родичами впродовж життя, ніж особи з НРП.

УДК 616.89-008.441.13-055.1-055.2-06

Л. М. Маркозова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Гендерні особливості коморбідної патології в осіб з залежністю від алкоголю на сучасному етапі

Останнім часом серед населення країни спостерігається збільшення кількості осіб, які вживають алкоголь не тільки з метою зняття нервового напруження, що спричиняється дією різних інтенсивних стимул-реакцій довкілля, важкими життєвими ситуаціями, але й під впливом подій, що виходять за межі звичайних напружених ситуацій (Н. В. Тарабрина, 2007; І. В. Лінський, 2014), знаходженням у постійному очікуванні негативних змін у власному житті, у тому числі під впливом психологічної дії інформації про ситуацію в зоні військового конфлікту.

Мета: визначити гендерні особливості коморбідної патології на ґрунті вивчення клініко-біохімічних показників у осіб з алкогольною залежністю на сучасному етапі.

Методи: клініко-анамнестичний, анкетний, біохімічний (АлАТ, АсАТ, холестерин, білірубін), статистичний.

Одна стандартна доза алкоголю (СДА) дорівнює 40 мл 40 % горілки.

На базі ОКНЛ м. Харкова обстежені особи з алкогольною залежністю жіночої ($n = 10$) — 1 група та чоловічої ($n = 10$) статі — 2 група. Середній вік складав $45,5 \pm 3,41$ роки у осіб 1 групи та $43,4 \pm 2,99$ роки в осіб 2 групи. Вищу освіту та середню спеціальну мали 90 % осіб 1 групи та 60 % осіб 2 групи. Спадкову обтяженість мали 80 % осіб 1 групи та 70 % осіб 2 групи, з яких в 50 % випадків в обох групах зловживав алкоголем батько, в решті випадків — мати. Строки формування залежності від алко-

голю в середньому складали $3,7 \pm 0,91$ роки в осіб 1 групи та $4,3 \pm 1,01$ роки в осіб 2 групи, тривалість хвороби складала $8,3 \pm 1,83$ та $11,5 \pm 1,83$ роки відповідно. Добова доза вжитого алкоголю в осіб 1 групи складала $13,4 \pm 1,66$ СД, у осіб 2 групи — $26,38 \pm 3,09$ СД ($p < 0,05$). Вперше лікувались 50 % жінок та 40 % чоловіків. Особливістю перебігу хвороби було почастищення запоїв протягом останніх 1,5 років, збільшення днів вживання алкоголю, зменшення світлих проміжків між запоями, що хворі обох груп пов'язували із тривалим стресом внаслідок воєнного конфлікту в країні, а також негативним впливом інформації про події в зоні АТО. При обстеженні на тест для виявлення розладів, які пов'язані з вживанням алкоголю, виявлена наявність цих розладів у осіб обох груп ($25,1 \pm 2,25$ бали у осіб 1 групи та $28,4 \pm 1,27$ бали у осіб 2 групи). Клінічно в усіх обстежених під час огляду виявлено помірно виражені прояви синдрому відміни алкоголю.

В процесі обстеження виявлено скарги хворих обох груп. Так, особи 1 групи висували скарги на головний біль, запаморочення, шум у вухах, хиткість, роздратованість, коливання цифр артеріального тиску, біль в ділянці серця, парестезії у кінцівках, слабкість, порушення ходи, ін. Особи 2 групи частіше скаржились на абдомінальний біль переважно в ділянці правого підребер'я, нудоту, блювання, зниження/відсутність апетиту, інколи на біль, що оперізує, безперервну гикавку, ін.

В результаті біохімічного дослідження виявлено, що в осіб обох груп спостерігалась гіперферментемія, гіперхолестеринемія. В осіб 2 групи виявлена гіпербілірубінемія ($31,83 \pm 7,02$ мкмоль/л проти $18,26 \pm 3,34$ мкмоль/л у осіб 1 групи).

Під час вивчення коморбідної патології (КП) в осіб 1 групи виявлені ураження з боку шлунково-кишкового тракту (ШКТ) (гастрит, стеатогепатоз, панкреатит, ін.), серцево-судинної системи (хронічна ішемічна хвороба серця, дисметаболічна кардіоміопатія), ендокринологічної системи (дифузний зоб), сечовивідної системи (пієлонефрит), дерматологічні ураження, в 100 % випадків — з боку ЦНС (гіпертонічна хвороба, енцефалопатія, полінейропатія, синдромологічно в неврологічному статусі превалювали вегетосудинна дистонія, лікворовенозна дисфункція, астено-невротичний синдром, атактичний синдром, ін.). У осіб 2 групи превалювали ураження з боку ШКТ (гепатит, стеатогепатоз, цироз, панкреатит), серцево-судинної системи (дисметаболічна кардіоміопатія), з боку ЦНС (гіпертонічна хвороба, астено-невротичний синдром, ін.).

Таким чином, на сучасному етапі особливістю коморбідної патології у осіб з алкогольною залежністю 1 групи є поліморфізм КП з переважним ураженням ЦНС, у осіб 2 групи переважала патологія ШКТ, на фоні ідентичності груп за віком, спадковістю, терміном формування алкогольної залежності та строком тривалості хвороби.

УДК 616.89-008.441.13-008.46-036.22

Л. М. Маркозова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Особливості когнітивних розладів в групах осіб з алкогольною залежністю з різною спроможністю утримуватись в когорті

Поширеність захворювань наркологічного профілю на сьогодні в Україні складає 2,5 тис. на 100 тис. населення (І. В. Лінський, 2014), а кількість залежних від алкоголю (А)

приблизно в 5 разів перевищує кількість хворих, що перебувають на обліку в наркологічних диспансерах. Звісно, що залежність від А та інших психоактивних речовин (ПАР) розвивається в досить молодому віці, впливає на розумовий розвиток людини, приводить до виникнення церебральних розладів, в першу чергу когнітивних (КР), які, в свою чергу, спричиняють обваження захворювання. Ось чому вивчення КР у хворих із залежністю від А вельми актуально.

Мета: вивчити розлади когнітивних функцій в групах хворих з різною спроможністю утримуватись в когорті.

Методи: тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test); тест TLFB; тест на здатність ідентифікувати відчуття людини за вираженням обличчя; методи математичної статистики.

Протягом п'яти років проведено лонгітудинальне обстеження осіб з алкогольною залежністю (АЗ) ($n = 281$) на базі ОКНЛ м. Харкова. Обстежені склали 2 групи: 1 група (середній вік — $40,68 \pm 0,99$ роки) — особи з АЗ з високою спроможністю утримуватись в когорті (54,1 %) протягом останніх (перед першим візитом) 30 діб; 2 група (середній вік — $36,85 \pm 0,94$ роки) — особи з АЗ з низькою спроможністю утримуватись в когорті (45,9 %).

Аналіз тесту TLFB показав, що вживання спиртного у 1 групі на протязі 27 діб мало характер важкого пияцтва (майже на рівні інтервалу 6—12 СДА*), у осіб 2 групи — на рівні інтервалу 1—4 СДА ($p < 0,001$). Звернення до спеціаліста було пов'язане з «обривом» вживання А майже на фоні синдрому відміни. Протягом життя довше вживали А особи 1 групи серед алкоголь-залежних ($19,24 \pm 0,74$ роки проти $14,17 \pm 0,68$ роки, $p < 0,001$). Тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання А склала в осіб 1 групи $214,39 \pm 43,38$ днів проти $47,39 \pm 12,73$ днів у осіб 2 групи ($p < 0,001$). Закінчився період утримання від вживання А в осіб 1 групи $49,96 \pm 13,16$ днів тому проти $10,44 \pm 2,36$ днів у осіб 2 групи ($p < 0,01$). Щодо вживання алкоголю до стану сп'яніння, також усі показники були достовірно вищими у осіб 1 групи. Вживання А до стану сп'яніння протягом останніх 30 діб — $12,06 \pm 0,76$ днів проти $5,92 \pm 0,49$ ($p < 0,01$); вживання до стану сп'яніння протягом життя $9,30 \pm 0,63$ роки проти $11,24 \pm 0,68$ роки ($p < 0,01$); тривалість останнього періоду добровільного утримання від вживання алкоголю — $106,20 \pm 42,03$ проти $56,32 \pm 14,12$ днів ($p < 0,01$); закінчився період утримання від вживання А $50,61 \pm 12,77$ днів проти $10,30 \pm 2,39$ днів ($p < 0,01$). Особи 1 групи лікувались частіше ($2,41 \pm 0,29$ рази), ніж особи 2 групи ($0,95 \pm 0,12$ рази) ($p < 0,01$). Протягом останніх 30 діб особи 1 групи мали проблеми, пов'язані з ПАР, у середньому $10,08 \pm 0,84$ діб, особи 2 групи — $6,67 \pm 0,60$ діб ($p < 0,01$).

За результатами тесту на здатність ідентифікувати емоційний стан людини за вираженням обличчя у осіб 1 групи отримані нижчі результати визначення емоційного стану людини за вираженням обличчя взагалі ($66,53 \pm 1,23$ проти $70,52 \pm 1,00$ % безпомилкових відповідей ($p < 0,01$); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стан людини» за вираженням обличчя чоловіка — $71,72 \pm 1,50$ проти $77,69 \pm 1,23$ % безпомилкових відповідей ($p < 0,05$); за результатом тесту «на здатність ідентифікувати емоційний стану

людини» за вираженням обличчя жінки — $61,99 \pm 1,31$ проти $64,24 \pm 1,18$ ($p < 0,05$).

Таким чином, вираженіші порушення когнітивних функцій в осіб 1 групи ($p < 0,05$) обумовлені високою добовою дозою А ($p < 0,001$), тривалим вживанням А протягом життя ($p < 0,001$), тривалишим вживанням А до стану сп'яніння за останні 30 діб ($p < 0,01$), тривалим періодом від початку вживання А до звернення по допомогу в лікарняний заклад ($p < 0,01$).

УДК 616.89+159.96-008.47

Н. А. Марута, С. В. Билоус

*ГУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», г. Харків*

Клинико-психопатологические особенности продромальной стадии психоза

Всемирная психиатрическая ассоциация и Европейская ассоциация психиатров в качестве основной стратегии, в условиях роста психической патологии среди населения, предлагают раннее выявление этой патологии и своевременное медицинское вмешательство. Прежде всего это касается психозов в целом, и шизофрении в частности, как наиболее инвалидизирующих психических заболеваний.

В этом смысле особое значение придается раннему вмешательству в продромальной стадии психоза, которое позволяет предотвратить развитие патологического процесса, способствует решению бытовых и финансовых проблем больных и раннему восстановлению социального функционирования.

При этом доказано, что раннее вмешательство в продромальном периоде психоза приводит к снижению тяжести заболевания; более быстрому развитию ремиссии; снижению риска когнитивного дефицита и суицидального поведения; предотвращению хронизации патологии; уменьшению количества госпитализаций и их продолжительности; восстановлению социального функционирования и качества жизни.

Наличие продрома при шизофрении отмечалось уже во время первых описаний этой болезни. Однако в последние 15 лет исследования в этой области активизировались благодаря развитию нейropsychологии, генетики, методов нейровизуализации. Возможность идентификации лиц, которые находятся в группе высокого риска развития острого психоза, обусловлена необходимостью раннего вмешательства в формирование психоза с целью предотвращения дальнейшего его развития и последствий. Современные исследования доказывают необходимость смещения акцентов в терапии и реабилитации пациентов с психотическими расстройствами на более ранние этапы формирования этого заболевания.

Целью настоящего исследования явилось изучение клинико-психопатологических особенностей продромальной стадии психоза для выделения факторов риска его формирования.

Для реализации поставленной цели были обследованы 137 пациентов с впервые выявленным психозом, которые были разделены на две группы:

1) 65 пациентов (2—3-я госпитализация) — с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) — основная группа;

2) 72 пациента (первая госпитализация) — с диагнозом острое полиморфное психотическое расстройство

* Средняя добовая доза (СДА) дорівнює 40 мл алкоголю / 330 мл пива.

(F23.0, F23.1), которые были обследованы как в формате реального времени, так и ретроспективно — группа сравнения.

Использованный комплекс методов включал:

I. Клинико-психопатологический метод.

II. Психометрические методы: шкала оценки продуктивной и негативной симптоматики PANSS [S. R. Kay, A. Fiszbein, L. A. Opler, 1987]; шкала суицидального риска (Лос-Анджелесского суицидологического центра) [B. B. Нечипоренко, B. K. Шамрей, 2007]; шкала продромальных симптомов SOPS [P. McGorry, 2010; P. D. McGorry, E. Killackey, A. Yuang, 2008]; шкала определения клинико-динамического варианта течения продромального периода [Н. О. Марута, В. А. Абрамов, О. І. Осокіна, О. М. Голоденко, О. Г. Студзінський, І. В. Жигуліна, 2013]; шкала структурированного интервью для оценки преморбидного статуса — PAS-SI [J. Rabinowitz, S. Z. Levine, N. Brill, E. J. Bromet, 2007].

III. Методы статистической обработки полученных данных с определением средних величин, их ошибок, корреляционного анализа [М. Ю. Антомонов, 2006].

Результаты проведенных исследований показали, что среди пациентов основной группы преобладали лица мужского пола, в возрасте $23,4 \pm 4,4$ года, воспитанные в неполной семье, имеющие среднее образование, не состоящие в браке, с наследственной отягощенностью (шизофрения, расстройства личности паранойяльного спектра).

В группе сравнения доминировали лица женского пола (с перинатальной патологией и невропатической конституцией в анамнезе), в возрасте $34,1 \pm 3,7$ года, воспитанные в неполной семье, с высшим (неоконченным высшим) образованием, состоящие в браке, с наследственной отягощенностью (алкогольная зависимость и аффективные расстройства).

Клинико-психопатологические проявления продромальной стадии психоза у пациентов основной группы характеризовались наличием расстройств мышления (концептуальная дезорганизация), пассивно-апатической социальной отстраненности, социальной изоляции, стереотипного мышления, снижения выраженности эмоций, эмоциональной отчужденности, подозрительности, персекуторных идей.

У пациентов группы сравнения клинико-психопатологические нарушения проявлялись в виде сниженной толерантности к стрессу, галлюцинаторного поведения, возбуждения, тревожного состояния, напряженности, проблем с фокусировкой и вниманием, расстройств сна, неестественного (вычурного) содержания мышления.

Вышеописанные клинико-психопатологические проявления необходимо рассматривать в качестве факторов риска развития острого психотического состояния, которое имеет различное течение и прогноз.

УДК 616.85-039-008.47-036.2

Н. О. Марута, С. П. Колядко, М. М. Денисенко
ДУ «Інститут неврологій, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Типологічні особливості адиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах

Однією з проблем сучасної психіатрії є розповсюдження складних форм перебігу пограничної патології. Особливий інтерес становлять невротичні розлади

у сполученні з адиктивними порушеннями (АП), оскільки це змінює не тільки клінічні прояви основного розладу, а й впливає на терапевтичні та профілактичні заходи корекції даної патології. Для досягнення більш поширеного уявлення про особливості АП при невротичних розладах, насамперед необхідно вивчити їх основні типологічні ознаки, що стало основою для формування мети дослідження.

Мета дослідження — вивчити типологію адиктивних (нехімічних) порушень при невротичних розладах.

Визначення адиктивних тенденцій у обстежених осіб проводили за результатами даних AUDIT-тесту. Згідно з літературними даними, які присвячені тесту AUDIT (Лінський І. В. із співав.), відомо, що «вживання» на рівні до 7 балів (включно) прийнято вважати як відносно безпечно; 8—15 балів — небезпечно; 16 та вище — супроводжується шкідливими наслідками та ознаками клінічної залежності.

В процесі виконання роботи для визначення особливостей адиктивного статусу обстежено 148 пацієнтів з невротичними розладами, відповідно до критеріїв МКХ-10. Згідно з отриманими даними, хворі на невротичні розлади були поділені на групи порівняння відповідно до виразності АП, так основну групу склали 109 хворих на невротичні розлади з наявністю адиктивної поведінки (більше 16 балів), контрольну — 39 хворих без ознак клінічної залежності. Середній вік обстежених в основній групі складав 34,8 роки та 36,9 роки — в контрольній групі. Однак, кількість хворих на невротичні розлади з АП у віковому інтервалі до 30 років була значно більшою у порівнянні з групою контролю ($p \leq 0,05$). Під час аналізу інтервалу між впливом дії психотравмуючого чинника до виникнення бажання зняти емоційне напруження хворими на невротичні розлади обох груп виявлено таке. В основній групі цей інтервал переважно становив «до року» у 50,46 % хворих, а в групі контролю — «більше року» у 43,59 % хворих ($p \leq 0,05$).

Згідно з результатами AUDIT-тестів, в основній групі переважно всі показники мали значущий характер порівняно з показниками контрольної групи

Згідно з результатами AUDIT-тестів, в основній групі переважно всі показники мали значущий характер, порівняно з показниками в обстежених групі контролю ($p \leq 0,001$). Особливо виразними АП нехімічного походження у хворих основної групи були (середній бал): використання Інтернету (13,527), надмірне вживання їжі (14,036), перегляд телепередач (9,982), комп'ютерні ігри (2,909), шопінг (7,264), роботоголізм (15,018) та секс (6,736), порівняно з контрольною групою (5,000; 6,425; 5,850; 0,825; 5,100; 4,150; 3,475 відповідно).

Також згідно з результатами статистичного оброблення в структурі AUDIT-подібного тесту у хворих на невротичні розлади з АП визначені такі кореляційні зв'язки — між об'єктами «вживання»: «Шопінг» з «Їжа» (0,38), «Телебачення» (0,35), «Читання» (0,30); між об'єктами «вживання» «Азартні ігри» та «Комп'ютер» (0,53).

Таким чином, виявлена типологія адиктивних порушень та їхній вплив на невротичні розлади з АП мають бути враховані під час діагностики та формування терапевтичних програм, що дозволить своєчасно виявляти осіб з даною патологією та покращити результати терапії і профілактики.

УДК 616.85-039:615.851-08

**Н. О. Марута, Т. В. Панько, В. Ю. Федченко,
Г. Ю. Каленська, Д. І. Теренковський**
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Особливості підходу до психотерапевтичної корекції тривожних розладів органічного походження

Тривожний симптомокомплекс в структурі психічних розладів органічного походження обумовлений як психогенними чинниками, так і низкою нейрофізіологічних та біохімічних змін в організмі людини. Лікування тривожних розладів повинно враховувати всі ланки патогенезу та включати як фармакотерапію, так і психотерапевтичну корекцію, що сприятиме підвищенню ефективності лікування та попередженню рецидивування вказаної патології.

Враховуючи вищевикладене, метою дослідження стало розроблення принципів психотерапевтичної корекції на підставі виявлених клініко-психопатологічних та патопсихологічних особливостей тривожних розладів органічного походження.

Для реалізації мети дослідження було обстежено 37 хворих на психічні розлади органічного походження з тривожним симптомокомплексом (F 06.3, F 06.4).

Використовували комплексний підхід, що включав такі методи: клініко-психопатологічний (вивчення скарг, клінічного анамнезу, психопатологічного стану та його динаміки); психодіагностичний, який включав тест відносин А. М. Еткінда (Бажин Е. Ф., 1985), інтегративний тест тривожності (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005); психометричний, який включав «Опитувальник виразності психопатологічної симптоматики» (SCL-90-R) (Derogatis et al., 1974), «Шкалу Цунга» (Zung W. W., 1980); методи математичної статистики.

Лікування цієї категорії хворих мало комплексний характер та включало фармакотерапію, основний принцип якої полягав в призначенні препаратів з протитривожним (анксіолітичним) ефектом, та обов'язкову психотерапевтичну корекцію. Під час визначення психотерапевтичної тактики обстежених хворих враховували особливості організації лікувального процесу, клінічних проявів тривоги, особистісного реагування на захворювання, дані анамнезу і ставлення пацієнтів до психотерапії.

В ході дослідження встановлені клініко-психопатологічні та патопсихологічні «мішені» психотерапевтичного впливу:

— при тривожному симптомокомплексі мішенями виступали високі показники особистісної та ситуативної тривожності (84,15 % та 96,00 % відповідно), фобічний компонент тривоги (44,00 %), емоційний дискомфорт (48,00 %);

— при сполученні тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу були високі показники соматизації (1,48 бали); астеничний та соматичний компоненти тривоги (68,00 та 47,56 % відповідно), високий показник ситуативної тривожності (96,00 %);

— при поєднанні тривожного та іпохондричного симптомокомплексів як мішені виступали високий рівень ситуативної тривожності (96,00 %), високі показники соматизації (1,48 бали), емоційний дискомфорт (48,00 %), тривожна оцінка перспективи (48,00 %), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (52,00 %);

— при сполученні тривожного та депресивного симптомокомплексів мішенями психотерапевтичного впливу

були високий рівень особистісної тривожності (84,15 %), астеничний та афективний компоненти тривоги (68,00 % та 48,33 % відповідно), емоційний дискомфорт (48,00 %), соціальна реакція захисту (52,00 %), високий рівень міжособистісної чутливості (1,09 бали).

Виявлені особливості були враховані під час розроблення психотерапевтичної корекції, яку проводили в 3 етапи: седативно-підтримуючий (3—4 заняття), лікувально-стабілізуючий (8—10 занять), адаптаційно-профілактичний (3—4 заняття). Психотерапевтичний підхід був комплексним, включав когнітивно-поведінкову за А. Беком, інтегративну тілесно-орієнтовану психотерапію з використанням технік аутогенного тренування (за М. Е. Сандомирським) та особистісно-орієнтовану психотерапію за Б. Д. Карвасарським і проводився у формі індивідуальних та групових занять.

Застосування комплексної психотерапії тривожної симптоматики у хворих на психічні розлади органічного походження сприяло подоланню зафіксованих реакцій тривоги, підвищенню соціальної активності хворих, їх адаптації в родині та суспільстві, а також підвищенню ефективності лікувальних дій біологічного характеру.

УДК 616.891.4-008.47:001.8

**Н. А. Марута, И. А. Явдак, В. В. Огоренко,
Е. С. Череднякова, Т. В. Канцедаль**
ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков

Факторы формирования резистентности у больных неврастениями

Социально-экономические, социально-психологические перемены, происходящие в обществе, изменение привычных стереотипов индивидуального и социального функционирования личности ведут к значительному росту злостных, резистентных к терапии форм невротической патологии, нуждающихся в своевременной диагностике и усилении терапевтических стратегий.

С целью изучения факторов развития резистентных форм неврастения (F 48.0, согласно МКБ-10) проведено клинко-психопатологическое обследование 63 больных.

Выделены клинко-психопатологическая (формирующаяся при участии преимущественно биологических факторов) и личностная (основанная преимущественно на психологических механизмах) составляющие резистентности у больных неврастениями.

Клинко-психопатологическая составляющая резистентных форм неврастения включает: наличие психогений с локализацией в сфере собственного здоровья ($J(xij) = 0,85$), соматизацию клинических проявлений ($J(xij) = 0,97$), коморбидность с соматоневрологической патологией ($J(xij) = 0,73$), коморбидность с ипохондрической ($J(xij) = 0,1,17$) и депрессивной ($J(xij) = 1,01$) симптоматикой.

В качестве клинко-психопатологических предикторов формирования резистентности у больных неврастениями выделены: злостной тип начала заболевания ($J(xij) = 1,17$), сочетание в клинической картине нескольких психопатологических (депрессивного, ипохондрического, соматовегетативного) синдромов и формирование стойкого «ограничительного» поведения ($J(xij) = 0,71$).

Личностная составляющая резистентности у больных неврастениями включает экстравертированность личности, обуславливающую отсутствие мотивации

к саморазвитию; наличие личностных особенностей, блокирующих саморазвитие (низкий уровень энергетического потенциала личности, однотипность поведенческих реакций, низкий уровень синергии, дискретное восприятие жизни, непринятие других); наличие психической дезадаптации в связи с заболеванием с превалированием интрапсихической направленности личностного реагирования на болезнь (ипохондрически-неврастенический тип отношения к болезни), отсутствие готовности действовать и конкретных поведенческих перемен, направленных на преодоление болезни. Патопсихологические механизмы формирования резистентности у больных неврастенией заключаются в наличии личностной predisposition, включающей отсутствие мотивации и личностных ресурсов к саморазвитию. Экстернальность личности ($J(xij) = 0,58$) в сочетании с низким энергетическим потенциалом личности ($J(xij) = 0,67$), отсутствием целостного восприятия жизни, низким уровнем синергии ($J(xij) = 0,35$), однообразием поведенческих реакций ($J(xij) = 0,54$), непринятием других ($J(xij) = 0,54$) и собственной агрессивности ($J(xij) = 0,36$) ведут к нивелированию каких-либо позитивных моментов и формированию неудовлетворенностью жизнью, чувства безнадежности и обреченности, что находит свое выражение в хроническом эмоциональном дистрессе, пассивной жизненной позиции и чувстве невозможности что-либо менять в своей жизни, за счет чего формируется ипохондрически-неврастеническое отношение к собственной болезни ($J(xij) = 0,59; 0,35$) и отсутствие конкретных действий к ее преодолению ($J(xij) = 0,35$).

Выявление выделенных характеристик способствует своевременной диагностике формирования резистентных форм неврастения, использование их в качестве «мишеней» при формировании терапевтических программ позволяет преодолеть формирование резистентности у больных неврастенией.

УДК 616.85-039-071-08

**Н. О. Марута, М. В. Данилова, Т. В. Панько,
В. Ю. Федченко, Г. Ю. Каленська**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Особенности диагностики тревожных расстройств органического генезу

Проблема тревожных расстройств у современных условиях не только проблемой психиатрической науки, а и медицины в целом. У большинства случаев хворі з клінічними проявами тривоги спочатку звертаються до лікарів первинної медичної ланки та протягом багатьох років спостерігаються, обстежуються та лікуються у лікарів-інтерністів. Несвоєчасна діагностика тривожних розладів призводить до погіршення стану хворих, ускладненню клінічної картини та терапевтичної резистентності. Саме тому своєчасна діагностика та терапія тривожних розладів є актуальною.

Метою дослідження було вивчення клініко-психопатологічних характеристик тривожних розладів органічного походження.

Для реалізації цілей і завдань дослідження було обстежено 37 пацієнтів з тривожними розладами органічного походження. Діагноз був встановлений відповідно до критеріїв МКХ-10.

Для оцінки клініко-психопатологічних особливостей використовували комплексний підхід, що включав кліні-

ко-психопатологічний метод, доповнений «Інтегративним тестом тривожності» (Бізюк А. П., Вассерман Л. Й., Іовлев Б. В., 2005), методи статистичної обробки даних.

На підставі клініко-психопатологічної оцінки клінічної картини було встановлено, що структура тривожних розладів органічного походження характеризується сполученням емоційної та соматовегетативної складових. В структурі емоційної складової провідним був симптом тривоги, що спостерігався у 100,00 % хворих. Частими симптомами були неспокій — у 72,00 % обстежених; хвилювання — 72,00 %; переляк — 52,00 %; почуття небезпеки — 32,00 %; нав'язливі страхи — 32,00 %, паніка — 52,00 %, симптоми тривожного побоювання — 100,00 %, стурбованість — 84,00 %, заклопотаність своїм станом — 84,00 %, ранимість — 84,00 %, жах — 52,00 %. Структура соматовегетативної складової характеризувалася наявністю таких симптомів: почуття нестачі повітря (76,00 %); почуття нудоти (24,00 %); нервові тремтіння (32,00 %); порушення апетиту (32,00 %), нудота (24,00 %), спазми в животі (32,00 %), внутрішнє тремтіння — у 84,00 % хворих, загальна слабкість — у 80,00 %, біль у грудях — у 76,00 %, головний біль — у 76,00 %, запаморочення — у 72,00 % обстежених. Клінічна структура формувала провідну синдромальну структуру, яка характеризувалася сполученням тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів (45,95 %), тривожного та іпохондричного симптомокомплексів (32,43 %), тривожного та депресивного симптомокомплексів (21,62 %).

За результатами «Інтегративного тесту тривожності» в усіх обстежених хворих були високі показники особистісної та ситуативної тривожності (84,15 % та 96,00 % відповідно), фобічний компонент тривоги (44,00 %), емоційний дискомфорт (48,00 %). В структурі тривожного та соматовегетативного симптомокомплексів були високі показники соматизації (1,48 бали); астенічний та соматичний компоненти тривоги (68,00 % та 47,56 % відповідно), високий показник ситуативної тривожності (96,00 %). При поєднанні тривожного та іпохондричного симптомокомплексів спостерігався високий рівень ситуативної тривожності (96,00 %), високі показники соматизації (1,48 бали), емоційний дискомфорт (48,00 %), тривожна оцінка перспективи (48,00 %), тенденція обмежувати свої соціальні контакти (52,00 %). При сполученні тривожного та депресивного симптомокомплексів переважали високі рівні особистісної тривожності (84,15 %), астенічний та афективний компоненти тривоги (68,00 % та 48,33 % відповідно), емоційний дискомфорт (48,00 %), соціальна реакція захисту (52,00 %), високий рівень міжособистісної сенситивності (1,09 бали). Встановлені особливості треба враховувати під час проведення психотерапевтичної корекції та використовувати як мішені психотерапевтичного впливу.

УДК 616.35-006-089.87:316.6

С. В. Мерліч

Одеський національний медичний університет, м. Одеса
**Медико-психологічний супровід онкологічних хворих,
які перенесли хірургічне втручання
з формуванням кишкової стоми,
на амбулаторному етапі лікування**

Згідно із статистичними даними, кількість онкологічних хворих у всьому світі стрімко збільшується. У сучасній медицині і психології помітний явний інтерес до різних психологічних аспектів онкологічних захворювань.

Одним з наймолодших напрямів дослідження причин зл�акїсних новоутворень є проблема медико-психологічного супроводу онкологічного хворого. Існують різноманітні заходи психологічної допомоги, спрямовані як на самого онкохворого, так і на його оточення: психоед'юкативні програми, індивідуальна та групова психотерапія. Зазвичай ці заходи проводять винятково на етапі стаціонарного лікування та мають за мету покращання психологічної адаптації до умов медичного закладу, формування позитивної мотивації до лікування та підвищення якості життя хворого.

Мета дослідження: Дослідити клініко-психологічні особливості онкологічних пацієнтів, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми, розробити систему медико-психологічної допомоги даній категорії хворих на амбулаторному етапі лікування. Визначити особистісні риси, характерні для означених хворих.

За умови інформованої згоди на базі Одеського обласного онкологічного диспансеру обстежено 324 особи, які перенесли оперативне втручання з формуванням кишкової стоми. Дослідження було проведено з дотриманням принципів біоетики та деонтології на протязі 2010—2014 рр. Хворим було оголошено тему та мету наукової роботи, також в ході бесіди неодноразово підкреслювалось, що участь пацієнтів в даному дослідженні є цілком добровільною і конфіденційною. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого не пояснюючи. Проте відповіді на всі питання, які вважались прийнятними, повинні бути максимально достовірними.

Під час вивчення особистісних характеристик стомованих хворих виявлено, що в усіх пацієнтів, хворих на онкопатологію, спостерігались дисгармонійні типи ставлення до хвороби (переважно тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолічний, апатичний та сенситивний типи); виражений рівень алекситимії; відсутність мети, незадоволеність власним життям. Особам чоловічої статі були притаманні сполучення сенситивності, лабільності та ригідної фіксації на травмуючих спогадах з конфліктною різноспрямованістю тенденцій. Жінкам з онкопатологією були притаманні сполучення сенситивності, тривожності та лабільності, конформні, залежні тенденції, гетерономність та виражена орієнтованість на загальноприйняті норми поведінки.

УДК 616.45-001.1/3-07-08-06.002

О. О. Мінко

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Використання біологічного зворотного зв'язку на базі пристроїв нейрокомп'ютерного інтерфейсу для діагностики і лікування постстресових розладів та коморбідних станів

Впродовж останніх років у світі широкому загалу стають доступними та набувають розповсюдження технології інтерфейсу мозок-комп'ютер. Нейрокомп'ютерний інтерфейс (інтерфейс мозок-комп'ютер) — це нова нейрокомп'ютерна технологія, що дозволяє на ґрунті реєстрації й аналізу електроенцефалограми (ЕЕГ) людини дати їй можливість керувати зовнішніми виконавчими пристроями або здійснювати комунікацію з зовнішніми об'єктами без посередництва нервів і м'язів, а лише за рахунок електричної активності мозку. Окрім того,

нейрокомп'ютерний інтерфейс (НКИ) дає можливість встановлювати біологічний зворотній зв'язок (БЗЗ) із користувачем (зокрема, візуалізувати для користувача його власні фізіологічні параметри, емоційно-психологічні стани тощо). При цьому терапевтичні можливості БЗЗ, насамперед при наркологічних, невротичних та постстресових розладах, добре відомі. Розроблення різних варіантів інтерфейсу «мозок-комп'ютер» в останні роки перестало бути суто експериментальним напрямком і знаходить все більше практичне застосування. Це стало можливим внаслідок виходу на споживчий ринок відносно дешевих пристроїв для реалізації НКИ, так званих нейрогарнітур. З іншого боку, сьогодні наша країна знаходиться в умовах «гібридної війни», тривають бойові дії, відбуваються терористичні акти та інші події, які загострюють соціально-економічну ситуацію. Внаслідок цього все більше людей страждає від різноманітних постстресових розладів та асоційованих з ними патологічних станів. Таким чином сьогодні є: і нагальна потреба, і необхідні передумови для широкого застосування БЗЗ на ґрунті НКИ для діагностики та лікування постстресових розладів та коморбідних станів. Саме тому розроблення принципів БЗЗ на ґрунті НКИ для вирішення зазначених медичних завдань є гостро актуальним.

Метою нашої роботи є підвищення ефективності діагностики і лікування постстресових розладів та коморбідних станів шляхом реалізації біологічного зворотного зв'язку з використанням доступних пристроїв нейрокомп'ютерного інтерфейсу. Для цього будуть використані такі методи: клініко-психопатологічний метод, психодіагностичний метод з використанням НКИ, методи математичної статистики. Особливістю методології дослідження буде використання сучасних портативних та доступних пристроїв НКИ та традиційних діагностичних та лікувальних методів.

Дослідження планується виконати в три етапи. Перший етап буде присвячено вивченню можливостей сучасних нейрогарнітур щодо виявлення нейрофізіологічних маркерів постстресових розладів та коморбідних станів. На другому етапі на ґрунті сучасних нейрокомп'ютерних інтерфейсів планується розробити системи біологічного зворотного зв'язку і методики їхнього оптимального застосування при різних постстресових розладах та коморбідних станах. На третьому етапі будуть визначені небажані побічні ефекти, показання та протипоказання для використання створених систем БЗЗ у пацієнтів з різними постстресовими розладами та коморбідними станами, розроблені методичні рекомендації щодо впровадження систем БЗЗ на базі сучасних пристроїв НКИ в медичну практику. В результаті виконання дослідження буде створений метод об'єктивної діагностики постстресових розладів та коморбідної патології, підвищена ефективність лікування вищезначеної патології.

УДК 547.262-08:362.19

О. І. Мінко

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Редукція вживання алкоголю — нова мета протиалкогольного лікування

Європа має найвищий рівень споживання алкоголю в світі (World Health Organization, 2010), і в цілому для Євросоюзу характерне зниження частки осіб, які не вживають спиртні напої і підвищення частки населення,

яке вживає більше 20 г чистого етанолу в день, ніж в усьому світі (World Health Organization, 2011). В доповіді ВООЗ за 2014 рік сказано, що в середньому у світі кожна людина віком старше за 15 років щорічно випиває 6,2 літри чистого етанолу. Але в дійсності алкоголь вживають менше половині населення (38,3 %), тобто ті, хто вживає алкоголь насправді вживають близько 17 л чистого етанолу, вважають експерти ВООЗ. Рівень споживання алкоголю в світі найвищий в Східній Європі і складає 15,2 л на особу старше 15 років. В Російській Федерації середня доля вживання алкоголю складає 15,1 л, в Білорусії — 17,5 л, в Казахстані — 10,3 л. Україна за цим показником посідає 6 місце із середньодушовим показником у 13,9 л.

Скорочення споживання алкоголю як мета лікування зараз обговорюється в науковому співтоваристві. Клініцисти все частіше підтримують скорочення споживання алкоголю як найцінніший варіант лікування, щоб зменшити наслідки шкідливого споживання алкоголю і залучити пацієнтів, які в даний час не схильні орієнтуватися на повну абстиненцію. Редукція споживання алкоголю все частіше сприймається як життєздатна мета лікування (Європейське Агентство з лікарських засобів, 2010; Luquiens et al., 2011). Редукція вживання алкоголю є одним з прикладів підходу громадської охорони здоров'я, відомого як «зниження шкоди». Метою зниження шкоди є зменшення негативних наслідків вживання алкоголю або інших психоактивних речовин для клієнта, і для спільноти, заохочуючи будь-які поведінкові зміни, що знижують шкоду або ризик шкоди (Tucker, 1999).

Зараз вже не викликає сумніву те, що зниження вживання алкоголю є життєздатним варіантом як для тих, хто має певні проблеми у зв'язку із вживанням алкоголю (не обов'язково психічні та поведінкові), так і для осіб, залежних від алкоголю; повне утримання та редукція вживання алкоголю однаково ефективні, один підхід не може бути кращим, або безпечнішим, ніж інші; клієнтам з помірною і важкою алкогольною залежністю краще обирати як мету терапії абстиненцію проти скорочення споживання алкоголю; і альтернативна абстиненції редукція вживання алкоголю дозволяє клієнтові самому обирати мету терапії, що може сприяти її успішному завершенню (J. A. Ambrogne, 2002; K. Mann et al., 2009; J. Rahm et al., 2012; W. van den Brink et al., 2013).

Концепція редукції вживання алкоголю отримала визнання як обґрунтована мета терапії для пацієнтів з алкогольною залежністю в керівництвах по лікуванню. Так, наприклад NIAAA випустив керівництво для лікарів та пацієнтів, яке рекомендує скорочення вживання алкоголю як мету терапії (у той же час, в ньому зазначено, що оптимальним результатом є абстиненція). Серед багатьох інших керівництв, які рекомендують цілеспрямоване скорочення вживання алкоголю, Національний інститут здоров'я та клінічної досконалості (NICE) Великої Британії рекомендує медичним працівникам надавати пацієнтам допомогу, спрямовану на скорочення кількості спожитого алкоголю, зниження ризикованої поведінки внаслідок вживання алкоголю, або орієнтувати пацієнтів на утримання від вживання алкоголю. Крім того, керівництво Європейської агенції з оцінки лікарських засобів (ЕМА) підтримує концепцію скорочення вживання алкоголю як обґрунтовану проміжну мету терапії.

В ідеалі обидві мети вживання (як абстиненцію, так і редукцію) треба об'єднати як частини всеохоплюючого континууму лікування пацієнтів з алкогольною залежністю всіх ступенів виразності.

УДК 616.89-008.447-092-08:355/.359 «364»

Б. В. Михайлов

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Расстройства психики и поведения у участников боевых действий (клиника, патогенетические механизмы формирования, принципы восстановительной терапии)

В современных условиях в Украине имеются значительные контингенты, которые нуждаются в оказании системной комплексной психиатрической, психотерапевтической медико-психологической помощи. К ним относятся участники военных действий в зоне АТО.

Психогенные расстройства психики и поведения у них занимают особое место в связи с тем, что одновременно возникают у большого количества людей в условиях чрезвычайной ситуации (ЧС).

Психогенные расстройства, которые наблюдаются во время и непосредственно после ЧС, объединяются в 4 группы — непатологические (физиологические) реакции, патологические реакции, невротические состояния и реактивные психозы. В отдаленном периоде у пострадавших вследствие ЧС развиваются посттравматические стрессовые расстройства (ПТСР) или хронические изменения личности вследствие перенесенной катастрофы.

Экстренная медико-психологическая помощь при ЧС. Главными принципами являются: неотложность, близость к месту событий, ожидание, что нормальное состояние восстановится, единство и простота психологического воздействия. Экстренная медико-психологическая помощь при ЧС проводится на основах кризисного вмешательства.

Техника кризисного вмешательства. Кризисное вмешательство определяется как экстренная и неотложная медико-психологическая скорая помощь, направленная на возвращение пострадавшего к адаптивному уровню функционирования, предотвращение прогрессивного развития нарушений психики, снижение отрицательного влияния травматического события.

Медико-психологическое сопровождение. Целью медико-психологического сопровождения всех пострадавших является купирование нарушений психики и поведения, профилактика (вторичная и третичная) психической дезадаптации, прогрессивного течения психических нарушений. Для этого используются психокоррекция, суггестивная, когнитивно-поведенческая и некоторые другие виды психотерапии. Для того чтобы человек вышел из пассивной роли жертвы, необходимо восстановить в нем чувство собственной активности, контроля над ситуацией. Задачей психотерапевтической помощи является поддержка пациента, переработка травмирующего материала, переоценка кризисной ситуации, изменение мировосприятия, повышение самооценки, выработка реалистической перспективы и активной жизненной позиции. Важно вернуть пострадавшему чувство компетентности за счет воспоминаний о преодолении трудных ситуаций и проектирования будущего, в котором можно использовать удачный прошлый опыт. При этом специалисту необходимо отслеживать возможные суицидальные тенденции и аффективные реакции.

При невротических состояниях основной целью лечения является купирование тревожного напряжения и страха, приспособление человека к жизни и деятельности в условиях продолжающейся психогении. Наиболее

ефективним психотерапевтичним методом в цих случаях является когнитивная психотерапия.

Фармакотерапия направлена на основные группы симптомов-мишеней: аффективных и соматовегетативных. Это обуславливает выбор соответствующих фармакологических групп.

УДК 616.831-005:616.133.33:001.8

В. Н. Мищенко

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
Национальной академии медицинских наук Украины»,
г. Харьков*

Структурные изменения головного мозга у больных с единичными и множественными инфарктами мозга

Широкое внедрение в клиническую практику методов нейровизуализации позволило определить ключевую роль патологии малых сосудов головного мозга в развитии инсульта, деменции, старения. Одним из маркеров патологии малых сосудов головного мозга являются «немые инфаркты головного мозга» (НИМ).

Цель исследования: изучить структурные изменения головного мозга у больных с немymi инфарктами головного мозга.

В исследование включено 202 больных с НИМ, которые выявляли с помощью компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга. НИМ выглядели при нейровизуализации как обособленные очаги размером от 3 до 15 мм, интенсивность которых близка к таковой у цереброспинальной жидкости. Эти очаги клинически не проявлялись признаками мозгового инсульта. НИМ мы оценивали по количеству, размерам и локализации. В зависимости от количества очагов в паренхиме мозга, обнаруженных при нейровизуализации, всех больных с НИМ мы разделили на две группы: больные с единичными и с множественными НИМ. В группу с единичными НИМ мы включили 41 пациента, у которых было не более 1 очага в одном полушарии. У 161 больного с множественными НИМ количество очагов колебалось от 2 до 16. Всего было обнаружено более 1600 НИМ у 202 больных. Очаги размером до 5 мм визуализировались у 25,2 % больных, от 5 до 10 мм — у 46,5 %, от 10 до 15 мм — у 28,2 % больных. Большинство очагов (28,1 %) располагались субкортикально, 26,3 % — в базальных ганглиях и таламусе, 10 % — в лучистом венце, 9,5 % — в коре головного мозга, 9 % — в мозолистом теле, 6,4 % — в семиовальном центре, 5,1 % — во внутренней капсуле, 5 % — в стволе мозга.

Становило интерес оценить наличие и степень выраженности расширения периваскулярных пространств у обследованных нами пациентов, так как именно этот МРТ-признак рассматривают как важный маркер болезни малых сосудов головного мозга. В ряде исследований была доказана взаимосвязь расширения периваскулярных пространств с гиперинтенсивностью белого вещества и наличием лакунарных инфарктов. У 62,9 % обследованных нами пациентов отмечалось расширение периваскулярных пространств, в основном в височных долях, инсультной области, белом веществе, базальных ганглиях — а именно в зонах васкуляризации перфорирующих артерий. Наши исследования показали, что у больных с множественными НИМ, в отличие от больных с единичными очагами, значительно больше были расширены периваскулярные пространства, особенно

в базальных ганглиях. Помимо очаговых изменений, у половины (54,4 %) обследованных нами больных были выявлены диффузные изменения белого вещества головного мозга в виде лейкоареоза. Степень выраженности лейкоареоза мы оценивали по шкале Fazekas. Выявлена существенная разница в частоте встречаемости и степени выраженности лейкоареоза у больных с единичными и множественными НИМ. Так, у пациентов с единичными НИМ лейкоареоз визуализировался у 12 больных (29,3 %), и у 127 больных (78,9 %) с множественными НИМ. Для больных с множественными очагами характерно было наличие более выраженного лейкоареоза (2 и 3 степени по шкале Fazekas). Важным нейровизуализационным признаком поражения головного мозга у больных с цереброваскулярной патологией является атрофический процесс головного мозга. Церебральная атрофия визуализировалась у 12 (29,2 %) больных с единичными и 150 (93,2 %) больных с множественными НИМ.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что у больных с НИМ выявляются и другие структурные изменения головного мозга в виде расширения периваскулярных пространств, лейкоареоза и церебральной атрофии.

УДК 616.8-036.2 (477)

Т. С. Мищенко

*ДУ «Институт неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Епідеміологія захворювань нервової системи в Україні

Сьогодні до найпоширеніших хвороб в Україні належать неврологічні захворювання. Згідно з даними медичної статистики МОЗ України, у 2014 р. в країні офіційно зареєстровано 4 130 479 хворих із різними формами неврологічних захворювань. Перше місце по поширеності та смертності серед неврологічних захворювань, як і раніше, посідають цереброваскулярні захворювання (ЦВЗ). У 2014 році поширеність ЦВЗ серед дорослого населення становила 7 243,5 на 100 тис. населення. В абсолютних числах — це 255 7591 хворих на різні форми ЦВЗ. Майже третина цих хворих — люди працездатного віку. У структурі захворюваності на ЦВЗ транзиторні ішемічні напади склали 95,8 на 100 тис. населення. Захворюваність на мозкові інсульти (МІ), що належать до найбільш тяжких форм ЦВЗ, у 2014 році становила 266,5 на 100 тис. населення. Це означає, що 94 104 мешканці України перенесли мозковий інсульт. 24,6 % всіх МІ сталися у людей працездатного віку. Смертність від ЦВЗ у 2014 році становила 204,8 на 100 тис. населення, це означає, що 87 890 мешканців України померли від різних форм ЦВЗ. У структурі смертності від ЦВЗ смертність від мозкового інсульту становила 84,8 на 100 тис. населення, тобто померло від МІ 36 378 жителів країни. Поширеність інших захворювань нервової системи, крім ЦВЗ, у 2014 році серед дорослого населення становила 4 454,7 на 100 тис. населення. В абсолютних числах — це 1 572 88 хворих на різні форми хвороб нервової системи. Захворюваність на хвороби нервової системи склала у 2014 році 1 366,3 на 100 тис. населення. Від цих хвороб в неврологічних стаціонарах померли 1 518 мешканців країни. Розлади периферичної нервової системи посідають друге місце за поширеністю після ЦВЗ. 70 % таких хворих — це люди працездатного віку. Зазначена патологія є однією з основних причин тимчасової непрацездатності населення

країни. У 2014 р. в Україні поширеність хвороб периферичної нервової системи становила 1 325,1 на 100 тис. населення. Всього з цією патологією зареєстровано серед дорослого населення 467 882 мешканців нашої країни.

Розсіяний склероз (РС) посідає друге місце з інвалідизації серед хвороб нервової системи. У 2014 р. в Україні було зареєстровано серед дорослого населення 19 114 хворих на РС, що на 100 тис. населення становить 54,1. У 2014 році вперше захворіли на РС 1 215 мешканців України, що на 100 тис. населення становить 3,4. Поширеність запальних хвороб ЦНС у 2014 р. становила 155,1 на 100 тис. населення. Всього зареєстровано серед дорослого населення з цією патологією 54 746 хворих. Вперше захворіли на запальні хвороби нервової системи 5 878 осіб, що на 100 тис. населення становить 16,6. Хвороба Паркінсона та синдром паркінсонізму є чи не найпоширенішою формою рухової патології людини, що вражає понад 1 % популяції людей старших за 60 років. На 2014 р. в Україні зареєстровано серед дорослого населення 22 246 пацієнтів з цією недугою, що на 100 тис. населення становить 63,0 випадки. В 2014 році діагноз «хвороба Паркінсона» вперше був встановлений 1 990 жителям України, що на 100 тис. населення становить 5,6 випадки. Епілепсія та епілептичні синдроми залишаються одними з найпоширеніших і соціально значущих захворювань нервової системи. В Україні на неї страждають в середньому 50—73 особи на 100 тис. населення. Поширеність епілепсії в Україні у 2014 р. становила 76,6 на 100 тис. населення, а захворюваність — 5,4 на 100 тис. населення. В цілому по Україні у 2014 році, порівняно з минулими роками, спостерігалось незначне збільшення кількості неврологічних хвороб.

Для надання допомоги хворим на неврологічні захворювання в Україні є 23 143 ліжка, що на 10 тис. становить 5,41. Обіг неврологічного ліжка становив 32,53. Середній показник зайнятості неврологічного ліжка становив 350 днів. Середня тривалість перебування хворого на ліжку становила у 2014 році 10,76.

УДК 616.45-001.1/3-003.96:001.8

Т. П. Мозгова¹, І. В. Лещина¹, С. В. Федорченко²

¹Харківський національний медичний університет;

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Стрес і розлади адаптації

Збільшення і розповсюдженість пограничної психічної патології наголошують як вітчизняні, так і закордонні вчені. Сформована в останні роки в Україні соціальна, економічна і політична ситуація робить негативний вплив на психічне здоров'я населення, знижуючи адаптивні можливості організму. За статистичними даними, на розлади адаптації страждають від 5 до 51 % пацієнтів лікарів-інтерністів. Усе вищеперелічене обумовлює актуальність вивчення даної проблеми.

Мета дослідження: оптимізувати стратегію психотерапевтичних заходів у хворих з розладами адаптації.

Серед загальної кількості пацієнтів, які звернулися за психіатричною допомогою амбулаторно протягом року, з розладом адаптації було 53 хворих, що становило 35,33 %.

У дослідженні був використаний клініко-психопатологічний метод.

Для створення загальної характеристики та визначення окремих особливостей було вирішено включати

в дослідження без гендерних та вікових обмежень усіх хворих, клінічні прояви яких відповідали діагностичним критеріям розладів адаптації. В результаті віковий показник хворих мав діапазон від 18 до 67 років, при цьому основну частину становили хворі 36—48 років. У досліджуваній групі переважали жінки — 67,92 % випадків.

Психогенний характер виникнення розладів адаптації передбачає початкову предиспонованість біологічної основи у вигляді особистісно-типологічних характеристик обстежених хворих. Клініко-психологічний аналіз дозволив виявити індивідуальну чутливість пацієнтів, при якій порушенню схильні тонкі, високодиференційовані особливості особистісної індивідуальної пристосовності (самоусвідомлення, самооцінка, самоорганізація і самоконтроль). Особливу роль у патологічному процесі відіграє особиста значимість емоційно-стресової ситуації.

У проведеному нами дослідженні для хворих жіночої статі найбільш актуальною була сімейна або особиста драма, хвороба або втрата близької людини; для чоловіків на першому місці значилися події соціального і матеріального характеру — успіх у кар'єрному зростанні, підприємницької діяльності та проблема власного здоров'я.

На думку деяких авторів розлади адаптації характеризуються порівняно сприятливим перебігом, однак поліморфізм клінічних проявів суб'єктивно важко сприймається хворими. Найбільш тяжкими є симптоми соматоневрологічного профілю, емоційні порушення у вигляді тривоги, туги, депресії, а також диссомнії та запаморочення.

Таким чином, для хворих з розладами адаптації характерна високодиференційована організація особистісних характеристик і лімітовані адаптаційні можливості організму; до розладів найбільш схильний контингент середнього віку (частіше жінки); стратегія психотерапевтичного паттерну передбачає індивідуальний підхід з урахуванням виявлених вікових, гендерних та інших особливостей.

УДК 616.895.8-08.316.6

Г. В. Морванюк, А. Є. Волощук

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Гендерний підхід в комплексній терапії параноїдної форми шизофренії

Вплив фактора статі залишається до теперішнього часу відносно мало вивченим аспектом в клінічній психіатрії, хоча статеві відмінності захворювань є однією серед головних біологічних, медичних та соціальних проблем. В психіатрії гендерні відмінності досить чітко виступають не лише серед таких хвороб як депресії, фобії, панічні атаки, афективні розлади, адиктивні залежності, а й під час дослідження шизофренії. Більшість психіатрів — дослідників шизофренії вважають, що чоловіки, на відміну від жінок, починають хворіти раніше, мають нижчий рівень преморбідного функціонування, гірші когнітивні показники, а також деякі відмінності в структурних та функціональних порушеннях мозку.

Мета дослідження: Розробити заходи психофармакотерапії з урахуванням гендерних особливостей хворих на параноїдну шизофренію. Виявити гендерні характеристики пацієнтів, які страждають на параноїдну шизофренію.

Дослідження проходило на базі КУ «Одеський обласний медичний центр психічного здоров'я». До участі було включено 167 хворих на параноїдну форму шизофренії. Всі обстежувані були поділені на дві групи за гендерною

ознакою: 89 чоловіків склали групу один (Г1), а 78 жінок — групу два (Г2). Умови проведення роботи відповідають загальноприйнятим нормам моралі, вимогам дотримання прав, інтересів особистості учасників дослідження. Хворі та їхні родичі були поінформовані про тему, мету, та методи даного дослідження.

Хворі на параноїдну форму шизофренії чоловіки, в порівнянні з жінками, виявляли зниження гостроти емоційного реагування, виразності мімічних реакцій, модулювання емоцій, багатства комунікативної жестикуляції, а також недостатність інтересу, залучення та ефективної участі в життєвих подіях. Серед негативних синдромів у досліджуваних з обох груп рівномірно переважали усі негативні прояви сплосщення афекту, емоційна відгородженість, пасивно-апатичний соціальний відхід, стереотипність мислення.

Серед загальнопсихопатологічних симптомів для жінок більш характерні тривожність, соматична збентеженість, почуття провини, пов'язане з тривогою, манерність, дезорієнтованість. Чоловікам більш властиве порушення мислення, його стереотипність та незвичність змісту.

Отже, в клінічних проявах параноїдної шизофренії для жінок є більш характерними афективні порушення, для чоловіків більш властиві розлади мислення.

УДК 616.45-001.1/3-003.96-006

І. Р. Мухаровська^{1, 2}, М. В. Маркова¹

¹Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків;

²Київський міський клінічний онкологічний центр, м. Київ

Особливості нозогенно обумовленого стресу та психоадаптивний потенціал пацієнтів онкологічного профілю

Онкологічний діагноз — це потужний стресогенний чинник, що спричиняє глибокі психічні зрушення на емоційному, когнітивному та поведінковому рівнях функціонування особистості. Результуюча адаптації пацієнта онкологічного профілю залежить від багатьох чинників, які умовно можна поділити на персональні, нозогенні, психосоціальні, організаційні.

Яким чином пацієнт відреагує на стрес — безумовно, буде залежати від особливостей самого індивіда, а саме — співвідношення адаптивних та дезадаптивних рис характеру, індивідуального стилю копію, загального рівня стресостійкості, життєвого досвіду та успішності подолання попередніх психотравмуючих подій — це персональний чинник.

Нозогенний блок описує біологічні характеристики захворювання — тип перебігу, вираженість соматичного дистресу, тяжкість лікування, ускладнення та прогноз хвороби. В цьому сенсі особливістю онкологічних хвороб є їх прогресуючий перебіг та загроза для життя, високий рівень фізичного дискомфорту, в тому числі і у зв'язку з лікуванням. Таким чином, онкопатологію вирізняє інтенсивний нозогенний стрес, що додатково посилюється соціальною стигматизацією — стійким уявленням про приреченість онкологічного хворого.

Психосоціальний компонент відображає соціальний статус та пов'язаний з ним зовнішній психологічний ресурс пацієнта — наявність сторонньої підтримки і можливості заміщення тимчасових чи стійко втрачених функцій. Це обумовлює погляд на сім'ю та близьких хворого як невід'ємних учасників лікувального процесу та суб'єктів

психологічної допомоги, нарівні з пацієнтами на кількох етапах терапії — в кризові періоди рецидиву, переходу на паліативне лікування, коли оточуючі самі переживають сильний натиск стресу.

За допомогою організаційного чинника регулюються питання надання медико-психологічної допомоги хворим онкологічного профілю: укомплектованість спеціалістами, проходження психологами відповідної фахової підготовки та підвищення кваліфікації, наявність приміщень для проведення індивідуальних та групових психологічних заходів, взаємодія медичної, психологічної та психіатричної служб, загальні та локальні протоколи і стандарти медико-психологічної допомоги, документація та звітність.

Вищеназвані чинники формують психоадаптивний потенціал, характеристиками якого є інтегративність, вимірюваність, можливість модульно впливати на його зміну, оцінювати ефективність проведених медико-психологічних заходів.

Варто зауважити, що незважаючи на широкий спектр проблем, пов'язаних з психічним здоров'ям у онкологічній клініці, ініціативи щодо медико-психологічної допомоги в цілому залишаються локальними, розрізненими та ситуативними. На сьогодні клінічна практика потребує визначення єдиної стратегії та створення моделі надання медико-психологічної допомоги пацієнтам онкологічного профілю, розроблення гнучких алгоритмів та протоколів, стандартів, що регулюють роботу психологічної служби.

УДК 616.89-008.441.13:616.895.4-07

Н. Ю. Напрєєнко

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця, м. Київ

Походження та клінічні варіанти депресій при алкогольній залежності

До найпоширеніших психічних порушень у хворих із алкогольною залежністю (АЗ) відносять депресивні розлади (ДР). Наявність ДР при АЗ часто зумовлює актуалізацію патологічного потягу до алкоголю, що є рецидивонебезпечною ситуацією і значною мірою зумовлює зниження якості та тривалості ремісії.

Комплексне обстеження 160 таких хворих показало, що ДР при АЗ є гетерогенною групою афективної патології. В цілому подібні депресії можна поділити на психогенні (106 пацієнтів — 66,3 %), ендогенні (18 — 11,3 %), органічні (36 — 22,4 %) та змішані. Серед причин їх виникнення велику питому вагу мають соціально-психологічні чинники. З одного боку, в таких осіб наявне усвідомлення необхідності докорінної зміни стилю життя, стереотипів, манери поведінки. З другого боку, хворі не спроможні адекватно контролювати власні емоції, реагувати на стресогенні ситуації повсякденного життя без вживання алкоголю. Внаслідок цього у пацієнтів розвивається соціальна дезадаптація, збільшується ризик аутоагресивної поведінки, знижується ефективність лікувальних та реабілітаційних заходів. При цьому формується замкнене коло: зловживання алкоголем спричиняє емоційні порушення, які, в свою чергу, ведуть до посилення алкоголізації. Поглиблення преморбідних тенденцій до депресивного реагування на несприятливі чинники внаслідок соматичних, цереброорганічних і соціальних ускладнень залежності, небажання визнати себе хворими, некритичність, неможливість усвідомити негативний вплив наслідків вживання алкоголю на соціальні відносини, відсутність

настанови на одужання можна розглядати як основні об'єкти впливу психотерапії.

У більшості пацієнтів симптоми депресії «маскуються» астенічними, іпохондричними та соматовегетативними порушеннями: зниження працездатності — в 135 (84,4 %) осіб, надмірна дратівливість — у 119 (74,4 %), швидка втомлюваність — у 114 (71,3 %), порушення сну — в 83 (51,9 %), неприємні внутрішні відчуття — в 47 (29,4 %) обстежених. Але прояви депресії в них завжди виявляються за допомогою тестування за шкалою Гамільтона. Встановлені такі клінічні варіанти депресивних станів: 1) іпохондричний — у 68 (42,5 %) пацієнтів; 2) астенічний — у 33 (20,6 %); 3) тривожно-депресивний — у 31 (19,4 %); 4) дисфоричний — у 14 (8,8 %); 5) простий — у 7 (4,35 %); 6) апатичний — у 7 (4,35 %) хворих. Спільними рисами всіх цих форм ДР є некритичне сприйняття хворими власного депресивного стану, мала виразність почуття провини із прагненням звинувачувати у своїх проблемах оточуючих, наявність інтенсивних короткотривалих або затяжних психопатоподібних реакцій, невідповідність між значною виразністю іпохондричних та астенічних проявів та помірною виразністю наявних соматичних та цереброорганічних порушень. У 78 (48,8 %) пацієнтів існує тенденція до затяжного перебігу недуги з частими епізодами посилення депресивної симптоматики, спровокованими психотравматичними обставинами та/або погіршенням соматичного стану, що супроводжується актуалізацією посилення потягу до алкоголю. Характерна терапевтична резистентність при застосуванні стандартного лікування.

Вивчення причин, закономірностей формування та клінічної структури депресій при АЗ дозволить оптимізувати диференційовану систему лікувально-реабілітаційної допомоги цим хворим.

УДК 616.89-008.441.13-082 (477)

О. К. Напрєєнко, Н. Ю. Напрєєнко
Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця, м. Київ

Вдосконалення викладання психіатрії та наркології у вищих навчальних медичних (фармакологічних) закладах — важливий фактор підвищення рівня медичної допомоги населенню України

Основним завданням вищої медичної школи є підготовка лікарів загального профілю з можливою в подальшому вузькою спеціалізацією, в тому числі з психіатрії. Однак, надзвичайна поширеність психічних, психосоматичних і соматопсихічних розладів, потреба у «виведенні» значної частки психіатричної допомоги за межі спеціалізованих психіатричних установ зумовлюють необхідність підвищення мотивації майбутніх лікарів до більш поглибленого вивчення психіатрії, наркології та медичної психології та відповідного вдосконалення навчально-методичного процесу.

Аналіз досвіду вітчизняних та зарубіжних освітян дозволив нам запропонувати поняття «історичної послідовності викладання», в якому можливо виокремити як найменше два аспекти: 1) збереження та системне розвинення різними поколіннями співробітників кафедри тієї науково-педагогічної школи, яка історично склалася в даному навчальному підрозділі та 2) послідовне вдосконалення навчально-методичного процесу шляхом впровадження в нього найсучасніших наукових положень різноманітних рівнів знань, від філософських

і соціально-психологічних до молекулярно-біологічних. Другою складовою вдосконалення викладання нейронаук є «інтеграція», яка має два напрямки: 1) їх інтеграція, по-перше, з базовими науками, що викладаються в навчальних медичних закладах, й, по-друге, з усіма без винятку галузями клінічної медицини; 2) неодмінною потребою модернізації роботи навчального закладу є активна інтеграція в міжнародні системи організації навчального процесу. Надзвичайно актуальним стало впровадження в навчальний процес кафедри тематики, пов'язаної з наданням психолого-психіатричної допомоги при катастрофах, а також комбатантам, вимушеним переселенцям і мирним мешканцям, які постраждали у зв'язку зі збройними та мирними протистояннями. В плані міжнародної інтеграції — в процесі реалізації проекту TACIS під егідою Європейського Союзу та керівництвом міжнародних експертів нами створено (2006), а потім переглянуто та доповнено (2012) Медичний стандарт допомоги населенню при депресіях без соматичного синдрому та з соматичним синдромом. Відповідно затверджені підготовлені в співавторстві подібний Уніфікований клінічний протокол і Адаптовані клінічні рекомендації. Вони також використовуються при викладанні, оскільки саме депресія є найбільш поширеною психопатологією у пацієнтів із соматичними та психосоматичними розладами, яких лікують лікарі-інтерністи. Однозначно позитивним є те, що у вищих навчальних закладах України було введено Європейську кредитно-трансферну систему та низку її ключових документів, впроваджуються сучасні навчально-технічні підходи обміну інформацією між керівництвом закладу, адміністративними підрозділами, кафедрами і кінцевим споживачем навчально-методичної інформації — студентом (система АСУ «Електронний деканат» та ін.).

Вищезазначені напрямки вдосконалення викладання сприяють підвищенню рівня медичної допомоги населенню України.

УДК 616.831-001.37-07

А. С. Новак
Харьковский национальный
медицинский университет, г. Харьков
**Новое в диагностике
легкой черепно-мозговой травмы**

В настоящее время проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) имеет большое медико-социальное значение, особенно это актуально для Украины, на востоке которой ведутся военные действия. Во всем мире приобретает актуальность изучение наиболее распространенного вида ЧМТ — легкой ЧМТ, составляющей до 80—85 % всех пациентов с ЧМТ.

В настоящее время довольно хорошо изучен патогенетический «повреждающий» каскад при ЧМТ, к которому относится патологически повышенное свободнорадикальное окисление, глутаматная эксайтотоксичность, нарушение пула макро- и микроэлементов, каспаз, повреждающих цитокинов, стресс-гормона кортизола.

Наше внимание привлекло изучение антистрессовых, адаптационно-репаративных процессов. В последнее время считают, что эндогенную, антистрессовую защитную активность обеспечивают такие фундаментальные биологические процессы, как нейротрофичность, нейропротекция, нейропластичность и ангиогенез.

В зависимости от состояния баланса между выраженностью повреждающих и антистрессовых адаптационно-репаративных механизмов, наблюдаются основные очаговые и общемозговые неврологические синдромы, когнитивные и эмоционально-волевые нарушения, обеспечивающие, в конечном итоге — качество жизни пациентов.

У 100 больных, перенесших легкую ЧМТ, нами изучались неврологические, психодиагностические тесты (MMSE, Монреальская шкала MoCA), тест рисования часов, таблицы Шульте; электрофизиологические: электроэнцефалография (ЭЭГ), когнитивный вызванный потенциал Р300; нейровизуализационные (магнитно-резонансная томография, ядерно-магнитно-резонансная компьютерная томография); биохимические: нейротрофический фактор BDNF, нейроглиальный фактор BDNF, нейроглиальный белок S100b, промоторы апоптоза субсемейств Вах и Bcl-2, а также оценивалось качество жизни пациентов с помощью шкал-опросников SF-36 и EQ-5D.

У обследованных нами больных выявлены астенический, ликворно-гипертензионный, вестибуло-атактический, диссомнический, эпилептиформный синдромы, вегетативно-сосудистая дисфункция, нейроэндокринные нарушения. Когнитивные нарушения проявлялись в виде ухудшения кратковременной и долговременной памяти, дезориентации, замедленности в выполнении действий. Эмоционально-волевые нарушения проявлялись в виде тревоги, депрессивного и аффективного синдромов. На ЭЭГ в 30 % выявлялась эпилептиформная активность. У большинства больных отмечено снижение когнитивного вызванного потенциала Р300.

Оценка биохимических показателей выявила уменьшение в сыворотке крови концентрации BDNF, изменение уровня BDNF, фактора апоптоза (промоторы апоптоза субсемейств Вах и Bcl-2), а также увеличение содержания нейроглиального белка S100b. По шкале физического функционирования качества жизни пациентов с легкой ЧМТ выявлено, что оно в среднем составило 65,1±2,6 балла. Социальное и эмоциональное функционирование у пациентов с легкой ЧМТ в среднем составили 63,6±1,8 балла и 62,4±1,3 балла. Психическое здоровье пациентов с легкой ЧМТ составило 65,3±1,9 балла.

Таким образом, вышеизложенные новые диагностические тесты, безусловно, расширят современный арсенал диагностических средств при легкой ЧМТ, что оптимизирует и расширит проведение лечебно-реабилитационных мероприятий данного контингента больных и улучшит их качество жизни. Применение новых диагностических тестов позволит также прогнозировать последствия легкой ЧМТ и предотвращать её осложнения.

УДК 615.45-001.1/3:616.839-08

В. И. Опришко

ГУ «Днепропетровская медицинская академия
МЗ Украины», г. Днепропетровск

Возможности фармакотерапии психовегетативных проявлений стресса с помощью препарата Магне-В₆

Стресс (от англ. *stress* — нагрузка, напряжение; состояние повышенного напряжения) определяется как совокупность неспецифических адаптационных реакций

организма на воздействие различных неблагоприятных факторов (физических или психологических), которые нарушают его гомеостаз и соответствующее состояние ЦНС, что приводит к дисбалансу между внешними условиями окружающей среды и способностью организма адекватно реагировать на них (Громова О. А. с соавт., 2008).

Расстройства, связанные со стрессом, крайне разнообразны и могут проявляться в виде психовегетативных расстройств любой тяжести. В клинической практике чаще всего встречаются неврозы, которые проявляются психоэмоциональными нарушениями (тревога, страх, депрессия, нарушения сна) и явлениями вегетативного дисбаланса. Психовегетативные проявления стресса могут быть представлены в структуре любых неврологических и соматических заболеваний, оказывая негативное влияние на их течение и развитие.

В современной практике для лечения тревожных расстройств чаще всего используют анксиолитики (транквилизаторы) — бензодиазепины, β-блокаторы, нейролептики, антидепрессанты и другие препараты (комбинированные, метаболические средства и фитопрепараты). Однако эффективность данной фармакотерапии ограничена побочным действием этих лекарственных средств, что не позволяет применять их длительное время, и вносит ограничения по применению в зависимости от индивидуальных особенностей пациента (беременность, кормление грудью, патология почек, печени, аллергические реакции и пр.).

В последнее время популярно применение препаратов метаболического действия, что связано с их способностью сильно и целенаправленно действовать на определенные нейромедиаторные системы, безопасностью применения, отсутствием побочных реакций и особенностями их фармакокинетики и фармакодинамики. Одним из таких препаратов является Магне-В₆, который находит все более широкое применение в современной фармакотерапии. Это объясняется физиологической ролью магния и многообразием эффектов, которые он оказывает на организм (Марушко Ю. В., Гишак Т. В., 2011; Катилов А. В. с соавт., 2009; Громова О. А. с соавт., 2008; Ушкалова Е. А., 2005). Так, доказана эффективность клинического применения препарата Магне-В₆ при синдроме хронической усталости (Ушкалова Е. А., 2005), у детей с гипервентиляционным синдромом (Катилов А. В. с соавт., 2009; Филатова Е. Г., 2008), изучено влияние на параметры стресса и когнитивную функцию при высоких психоэмоциональных нагрузках (Громова О. А. с соавт., 2008), исследовано значение магния в педиатрии (Марушко Ю. В., Гишак Т. В., 2011) и в лечении синдрома вегетативной дисфункции у детей и подростков (Заваденко Н. Н., Нестеровский Ю. Е., 2012).

Известно, что ионы магния во внеклеточной жидкости ингибируют выброс нейромедиаторов (ацетилхолина и катехоламинов). За счет этого магний вызывает торможение ЦНС и миорелаксацию, являясь, таким образом, естественным антистрессовым фактором (Акарачкова Е. С., 2013; Лебедев Д. С., 2006).

Таким образом, фармакотерапия психовегетативных проявлений стресса с помощью препарата Магне-В₆ является современным, эффективным и безопасным способом коррекции любых неврологических и соматических расстройств, оказывая благоприятное влияние на их течение и развитие, и может продолжаться длительное время без риска возникновения аллергической реакции, привыкания или возникновения состояния отмены.

УДК 616.85-039-008.47:616.1/4

**Т. В. Панько, В. Ю. Федченко,
Г. Ю. Каленська, О. С. Марута**
ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків

Особливості проявів тривоги у хворих на органічні розлади

Тривожні розлади залишаються одними з найпоширеніших психопатологічних станів у пацієнтів з соматичною (кардіологічною, дерматологічною, онкологічною та ін.) патологією. У пацієнтів, що обстежуються в установах загальної лікувальної мережі, частота тривожних розладів досягає 23—78 %, серед контингенту амбулаторних хворих — в середньому 45,9 %. Важливою складовою медико-соціального значення тривожних розладів органічного походження є високий рівень тривожності, що обумовлює звуження соціального функціонування хворих. Однак досліджень, присвячених вивченню патопсихологічних особливостей тривожних станів при органічній патології, недостатньо, що обумовлює проведення комплексного дослідження, спрямованого на встановлення специфіки проявів тривоги органічного походження. Тому метою дослідження стало — вивчити патопсихологічні особливості тривожних розладів органічного походження.

Було обстежено 37 хворих з тривожними розладами органічного генезу, що увійшли в основну групу, та 33 хворих з органічними розладами без наявності в клінічній картині тривожних симптомів, що увійшли в групу порівняння. Усі пацієнти проходили стаціонарний курс лікування в відділенні неврозів та пограничних станів ДУ «ІНПН НАМН України». Для оцінювання тривоги використовували інтегративний тест тривожності, що дозволив встановити деякі аспекти переживання тривоги хворими на органічні розлади. Так, для хворих основної групи був характерний переважно високий рівень астеничної симптоматики ($68,00 \pm 10,69$ %), соціальної реакції захисту ($52,00 \pm 10,01$ %) та фобічного компонента тривоги ($44,00 \pm 9,14$ %). Тобто у пацієнтів з тривожною симптоматикою в актуальному стані фіксувались наявність астенії й пасивності, фобічної симптоматики та схильності обмежувати свої соціальні контакти. Також у даній категорії хворих був виражений емоційний дискомфорт та занепокоєність майбутнім: у 48,00 % реєструвався високий рівень, у 32,00 % — середній рівень та у 20,00 % — низький рівень емоційного дискомфорту та тривожної оцінки перспективи. В групі порівняння актуальний емоційний дискомфорт високого рівня спостерігався у 22,22 % хворих, середній — у 38,89 % та низький — у 38,89 % пацієнтів. Високий рівень астеничного компонента тривоги був встановлений у 33,33 % пацієнтів, середній — у 38,89 % та низький — у 27,78 %. Актуальна тривожна оцінка перспективи високого рівня спостерігалась у 44,44 % хворих, середня — у 22,22 % та низька — у 33,33 % пацієнтів. Високий рівень актуальної реакції соціального захисту був зафіксований у 38,89 %, середній — у 33,33 % та низький — у 27,78 % хворих групи порівняння. У 50,00 % пацієнтів визначався середній рівень актуального астеничного компонента тривоги. Були встановлені вірогідні розбіжності між двома групами пацієнтів. Так, ситуаційно обумовлений астеничний компонент тривоги високого рівня був характерний для хворих основної групи ($p \leq 0,02$, $DK = 3,10$, $MI = 0,54$), у той час коли середній рівень астеничного компонента тривоги переважав у хворих групи порівняння ($p \leq 0,05$,

$DK = 8,42$, $MI = 1,00$). Також було встановлено, що високий рівень фобічного компонента тривоги, як реакції на ситуацію, переважав у хворих основної групи ($p \leq 0,05$, $DK = 4,22$, $MI = 0,58$), а середній — у хворих групи порівняння ($p \leq 0,05$, $DK = 8,42$, $MI = 1,00$).

Таким чином, проведене дослідження дозволило встановити, що високий рівень астеничної симптоматики, різноманітні побоювання, обумовлені ситуацією, у хворих на органічні розлади пов'язані з наявністю в клінічній картині тривожних станів, а визначення середнього рівня астенії та фобічного компонента тривоги — з органічними розладами без симптомів тривоги.

УДК 616.831:616.45-001.1/3:615.847

А. А. Педак, А. А. Педак
Николаевская областная
психиатрическая больница № 2, с. Сапетня

Влияние метода латеральной трансцеребральной электроаналгезии на клинко-психопатологические и межполушарные психофизиологические характеристики при стрессогенных расстройствах

Концепция проблемы функциональной межполушарной асимметрии (ФМА) многие годы широко привлекается при изучении психических расстройств с позиций современных представлений о межполушарной латерализации и структурно-мозговой организации психопатологических расстройств. Изучение влияния метода латеральной трансцеребральной электроаналгезии (ЛАТЭН) — Патент на изобретение № 1671323 (СССР) Способ купирования психозов (Авт. изобрет. Педак А. А., Чуприков А. П. и др. — Заявл. 17.11.1988. — Оpubл. — 22.04.1991) — показало, что отдельные электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействия на лево-правополушарные структуры головного мозга приводит к обратной редукции ведущих психопатологических проявлений широкого круга психических расстройств, в т. ч. — тяжёлых форм депрессий (Педак А. А., 1993, 1995). Помимо клинических проявлений, указанный тип воздействия приводит к соответствующим изменениям такого важного нейрофизиологического показателя как «кожно-гальванической реакции» — (Педак А. А., Чуприков А. П., 1996).

Цель исследования — изучение влияния ЛАТЭН на выраженность клинко-психопатологической симптоматики при острых стрессовых реакциях (ОСР) и посттравматических стрессовых расстройствах (ПТСР), а также — показателей уровня кожно-гальванической реакции (КГР) и асимметрии конвергенции латеральных движений глаз (ЛДГ) — как важных психофизиологических характеристик право-леволатеральной активности структур головного мозга.

ЛАТЭН применяли в стационарных условиях, в отношении 20 пациентов — мужчин, с диагнозом ОСР — 4, ПТСР — 16 пациентов, 11 из которых являлись участниками антитеррористической операции. Все пациенты были с «праволатеральным» сенсомоторно-доминантным профилем КГР головного мозга, средний возраст — $29,8 \pm 0,6$ года. Оценка уровня тревоги и депрессии — в соответствии с критериями шкалы HADS. Общее психическое состояние оценивали в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 с глоссарием и исследовательскими диагностическими критериями (Cooper J. E., 1998). В качестве технического инструмента для нейролептаналгезии применяли

аппарат для лечебного электроанркоза «ЛЭНАР», разработанный для «замены фармакологических веществ — анальгетического и седативного действия» — в различных областях клинической медицины.

В процессе реализации метода, как результат психофизиологической наведенной латерализованной активности зрительного и слухового анализаторов, отмечалось снижение общей выраженности клинических проявлений тревоги в среднем на $8,7 \pm 0,5$ балла, а депрессии — на $4,5 \pm 0,3$ балла соответственно. Указанная динамика уровня клинических проявлений, характеризующих общую активность выраженности показателя асимметрии конвергенции, сопровождалась критически-литическим «реверсом» латеральных показателей асимметрии КГР и ЛДГ — от правосторонней активности — к «левополушарной», с формированием устойчивых показателей — «контралатеральной» активности на 20—23-й день терапии.

Результаты проведенного исследования позволяют утверждать, что отдельные электротранквилизирующее и электростимулирующее воздействия на лево-правополушарные структуры головного мозга пациентов с применением ЛАТЕН — вызывает динамическую редукции эмоционально-аффективных психопатологических нарушений в эмоциональной сфере пациентов с ОРС и ПТСР. Указанная динамика, помимо клинических характеристик, сопровождается динамическим «дрейфом» латеральных характеристик показателей КГР/ЛДГ в виде межполушарной психофизиологической ответной реакции на терапевтическое воздействие («раздражители», «стимулы»), путём создания латеральной контр-доминирующей психосенсорной активности.

УДК 616.89-008.447-037:001.8

З. Б. Петролюк, О. О. Фільц

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів*

Прояви негативістичної поведінки у основних груп пацієнтів психіатричного стаціонару загального профілю

Метою дослідження було виявлення ознак негативістичної поведінки у пацієнтів загальнопсихіатричного відділення з трьома основними групами: психотичні (шизофренія), афективні (депресивні) та органічні (з домінуючими експлозивними проявами).

Базовою гіпотезою роботи було припущення, що негативістичні прояви поведінки у названих трьох групах можуть виявити ознаки типоспецифічності, а тому даватимуть змогу суттєво уточнити (або й переглянути) клінічний прогноз наростання негативних (дефіцитарних) проявів у досліджуваних групах.

Обстежено 100 хворих, з них: психотичних (шизофренія) — 36 хв., депресивних — 32 хв., органічних — 32 хв. Усі пацієнти отримували стаціонарне лікування у зв'язку з хронічним перебігом. Середня тривалість госпіталізації — 45 днів. Усі пацієнти — чоловіки, віком від 25 до 55 років.

Пацієнти обстежені за допомогою: а) клініко-психологічного інтерв'ю; б) шкали PANSS, адаптованої до умов України; в) селективного вибору ознак негативістичної поведінки у шкалі PANSS; г) спостереження за експресивними (зовнішніми) проявами поведінки, які або підтверджували, або суперечили даним шкали PANSS.

В результаті побудови дендрограми з'являється можливість класифікувати негативістичні прояви у пацієнтів в залежності від типу розладу.

За першими оцінками результатів можна вважати, що:

1) кореляційний аналіз показав статистично значущі зв'язки негативістичних симптомів між собою;

2) факторний аналіз виокремив (поділив на) три основні групи проявів негативістичної поведінки;

3) однофакторний аналіз дав можливість порівняти інтенсивність проявів досліджуваної поведінки у кожній групі пацієнтів.

Детальніше методологія та результати роботи будуть подані у окремих публікаціях.

УДК 616.895-001.1:616.45-001-036.66

**В. С. Підкоритов, О. І. Серікова, О. В. Скринник,
С. О. Український, О. С. Серікова**

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Клінічні особливості ремісій при біполярному афективному розладі, коморбідному з посттравматичним стресовим розладом

Поєднання в рамках одного стану реактивних й ендогенних розладів традиційно привертає увагу клініцистів. Це пов'язане з різноманітністю варіантів взаємодії вказаних симптомокомплексів (Yehuda et al., 1995; Breslau N., 2001; Тухватуліна Л. Ш., 2004; Фастцов С. А., 2012). Також наголошується на значній поширеності коморбідності посттравматичного стресового розладу (ПТСР) з іншими психічними розладами, зокрема біполярним афективним розладом (БАР). В останній рік на Україні у зв'язку з подіями на Сході це питання стало дуже актуальним. Особливостями психотравмуючих ситуацій в країні на сьогодні є їх значна сила, тривалість та велика кількість людей, що стають свідками трагічних подій.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей ремісій БАР, коморбідного з ПТСР. Нами був амбулаторно обстежений 21 пацієнт з БАР (F 31 за МКХ-10), що раніше перебували на лікуванні у відділі клінічної, соціальної та дитячої психіатрії ДУ ІНПН НАМНУ та зазнали впливу екстремальних подій, а саме: був свідком бойових дій в Луганській та Донецькій областях. У таких хворих внаслідок останніх подій виникли психопатологічні порушення, що відповідають ПТСР (F 43.1 за МКХ-10). Серед пацієнтів було 15 жінок та 6 чоловіків (співвідношення 2,5:1), віком від 24 до 52 роки.

У 12 пацієнтів (57,14 % обстежених) ремісія, що вивчалася нами, йшла після депресивного епізоду, середня тривалість якого складала ($6,92 \pm 3,14$) місяці. Як правило, вплив екстремального стресового фактора припадав на початок фази або, взагалі, провокував її. Тривалість ремісії в середньому була ($5,58 \pm 3,81$) місяці. В усіх випадках можна говорити про неповну ремісію через ангедонію, зниження реакції на оточення, соціальну відчуженість, емоційне відсторонення. Також на перший план виходили такі симптоми ПТСР: повторні нічні сновидіння травматичного змісту, мимовільні спогади про перенесену психотравму. Останні виникали без будь-яких зовнішніх стимулів та супроводжувалися такими сильними переживаннями, начебто трагічні події відбувалися саме в той момент. В деяких випадках хворі були схильні звинувачувати себе в негараздах, що трапилися з ними останнім часом.

Змішані епізоди БАР спостерігалися у 9 випадках (42,86 % обстежених пацієнтів). Їх тривалість складала $(7,72 \pm 2,97)$ місяці. Ремісії після таких фаз були нетривалими — $(2,24 \pm 0,39)$ місяці. Мала місце нестійкість настрою, дратівливість чи спалахи гніву та агресії, що були немотивованими. Останні іноді супроводжувалися маніпулятивною поведінкою, що ґрунтувалася на уявленні про себе як про жертву трагічних обставин. Симптоми ПТСР, а саме, часті мимовільні та інтрузивні спогади про травмуючі події, напади паніки, порушення сону, соціальна відчуженість, також зберігалися протягом ремісії. У трьох випадках (14,29 % всіх обстежених) мало місце надмірне вживання алкоголю.

Серед пацієнтів, що зверталися до нашої клініки, не було випадків маніакальних епізодів, коморбідних з ПТСР.

Таким чином, в разі коморбідності ПТСР та БАР, під час ремісії ендogenousного захворювання не утворювалися спільні симптоми з реактивним розладом. Подібні стани можна кваліфікувати як паралельне співіснування в клінічній картині психогенного та афективного симптомокомплексів без значних змін симптоматики кожного з них. Зазвичай подібний тип коморбідності сприяє ускладненню перебігу як ендogenousного афективного захворювання, так і реактивного стану, але не призводить до значних змін у клінічній картині кожного з них.

UDK 616.89-008.48:159.923:615.851-055

O. V. Piontkovska

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv

Integration of medical psychology in the system of care for patients with serious medical conditions is the modern strategies to optimize the treatment process

Scientists proved that physical illness affects the psyche of the patient. The impact depends on the characteristics of the disease and the personality patterns. There are also various psychological aspects of therapeutic process, psychology of health workers and their work, organization of care in health care settings.

Malignant neoplasm today one of the major medical, psychological and social problem in the world and Ukraine. Cancer is a difficult challenge for person and causes various psychological reactions, and in some cases leads to the development of mental disorders. The shift in the psyche of cancer patients may occur at any stage of the treatment process. Psychological injury is subject to not only the patient and his close aides, but also the medical personnel providing medical care to cancer patients. Adequate interaction with the patient can generate therapeutic alliance and increase adherence to treatment; improves quality of life; contributes to psychosocial adaptation; prevents caused by the actions or words of the medical staff of mental disorders. For the doctor — supports high performance and efficiency of work, a sense of professional competence and preventing burnout syndrome. For the organization — an indicator of quality of care, promotes a positive image of healthcare service.

However, in the scientific literature and in real clinical practice, there are no systematic studies focused manifestations and patterns of psychological disadaptation of cancer patients and professional of medical staff that provides medical care to patients with cancer at different stages anticancer treatment. Integrated multilevel system

of psychological measures for cancer patients and health care providers based on their interactions in the treatment process at the different stages of anticancer therapy necessary component of a comprehensive approach to providing patient care that focused on improving the quality of life of the patient, improving quality of care and promote professional adaptation.

UDK 616.831:616.893-053.8

О. В. Пісоцька

ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України», м. Харків

Особливості структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів у пацієнтів з хворобою Альцгеймера

Поширеність деменції серед людей віком старших за 65 років становить 5,4 % і збільшується з віком. В більшості випадків деменція зумовлена хворобою Альцгеймера (ХА).

Метою нашої роботи було вивчення особливостей структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів у пацієнтів з ХА та зв'язок їх з клінічними проявами хвороби.

Проведено дослідження 24 пацієнтів віком від 62 до 86 років з синдромом деменції зі встановленим діагнозом: хвороба Альцгеймера. Хворі на ХА були розподілені на дві групи: ХА з раннім початком (до 65 років — 9 пацієнтів) і ХА з пізнім початком (після 65 років — 15 пацієнтів). З метою визначення особливостей структурних змін головного мозку та лікворовміщуючих просторів всім дослідженим пацієнтам з ХА було проведено комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ) головного мозку. Нейровізуалізаційне дослідження проводили на обчислювальному рентгенівському комп'ютерному томографі СРТ 1010 (Київ), та магнітно-резонансному томографі «Образ».

На етапі м'якої деменції в обстежених хворих було виявлено ознаки центральної і кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку не виявлялись. Ознаки лейкоареозу спостерігалися більше у хворих з пізнім початком ХА. При МРТ такі зміни були виявлені у більшості випадків (84 %), а при КТ-дослідженні — майже у половині хворих (44 %). Виявлений лейкоареоз у цих хворих локалізувався не лише навколо полюсів бокових шлуночків, але й поширювався на інші, глибші підкіркові зони, все ж займаючи менш ніж $1/4$ білої речовини головного мозку і не мав плямистого або «зливного» характеру, який притаманний хворим з переважно судинною деменцією. Аналіз субтенторіального рівня головного мозку показав наявність у 75 % пацієнтів з ХА розширення парастовбурових цистерн і у 40,3 % хворих — розширення великої цистерни мозку. У хворих з тривалістю захворювання більше 5 років звертало увагу розширення борозен черв'яка та півкуль мозочка. У 93 % хворих визначалось потоншення гіпокампальних звивин, що особливо візуалізувалось на сагітальних та фронтальних зрізах. У 37,5 % хворих мали місце зміни щільності білої речовини мозку в перивентрикулярній зоні і семиовальному центрі.

Проведене дослідження показало, що когнітивні розлади, які призводять до соціальної дезадаптації пацієнтів з хворобою Альцгеймера, пов'язані не стільки з дифузною церебральною атрофією, скільки з локальною атро-

фією скроневих долей і гіпокампа. Вираженіші порушення вищих мозкових функцій відзначались у пацієнтів, у яких церебральна атрофія супроводжувалась лейкоареозом. Мала значення його локалізація — для хворих з лейкоареозом в лобових відділах були характерні нейродинамічні розлади. Збільшення вираженості лейкоареозу супроводжувалось клінічними розладами рівноваги, а за даними МРТ — значнішим розширенням шлуночків. На постуральні функції при хворобі Альцгеймера значний вплив мав вік, при цьому динамічні характеристики (хода) також були пов'язані з розмірами шлуночкової системи, а порушення рівноваги — з наявністю і вираженістю перивентрикулярного лейкоареозу. На томограмах хворих з раннім початком ХА виявлялася зовнішня атрофія, у хворих з пізнім початком ХА візуально виявлялися ознаки кіркової атрофії, що мала дифузний, рівномірний характер. Осередкові зміни речовини головного мозку у досліджених хворих не виявлялися. Ознаки лейкоареозу відзначалися більше у хворих з пізнім початком ХА.

УДК 616-009:616.45-001.1/3:616.895 «364»

О. В. Пісоцька¹, І. О. Якущенко², К. О. Пісоцька¹

¹ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України»; ²КП «Харківська обласна клінічна психіатрична лікарня № 3», м. Харків

Больові синдроми різної локалізації у ветеранів бойових дій як наслідок бойового стресу

Біль і стрес часто мають загальне психологічне і емоційне забарвлення, що включає тривогу, страх, безпорадність та ін. (Sharp T. J., 2004). Будь-який біль завжди проявляє властивості стресу. В результаті активації стрес-реалізуючої системи відбувається послаблення больового відчуття, мобілізація пластичних і енергетичних ресурсів організму на відновлення пошкоджених тканин. Біль різної локалізації — найчастіша причина звернення ветеранів війни в центри реабілітації (Asmundson G. J. G., Coons M. J., Taylor S., Katz J., 2002). При цьому в 10—20 % випадків у пацієнтів працездатного віку гострий біль в спині трансформується в хронічний (Gatchel R. J., Gardea M. A., 1999;).

Метою даного дослідження стало вивчення поширеності і особливостей клінічних проявів больових синдромів різної локалізації у ветеранів бойових дій.

Нами обстежені 115 чоловіків — учасників бойових дій у віці від 47 до 75 років (середній вік — $56,8 \pm 0,7$ роки), що перебували на лікуванні в 23 відділенні для ветеранів війни ХОКПЛ № 3. Усім пацієнтам проводили стандартне клініко-неврологічне обстеження, інтенсивність больового синдрому оцінювали за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) і за опитувальником Мак Гілла (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Дію стресових чинників в період бойових дій відчували 110 (96,2 %) пацієнтів. Найбільш виражений вплив на виникнення і розвиток больових синдромів мали такі чинники як участь в озброєних зіткненнях, власні поранення, полон, поранення і загибель товаришів по службі. У 47,2 % обстежених пацієнтів мали місце два і більше стресових чинників. Після закінчення служби під дією стресу продовжували перебувати 89 (77,4 %) пацієнтів. Серед стрес-чинників найбільше значення мали травми, втрата майна, втрата роботи, розлучення, смерть і хвороби близьких. Больовий синдром різної інтенсивності визначався у 113 пацієнтів, середній бал — $46,8 \pm 1,8$. Поширеність головного болю в обстежених

пацієнтів досягала 65 %, причому у 13 % ветеранів він був вираженим. Біль в грудній клітці спостерігався у 23 % обстежених, біль в нижній частині спини — у 51 %, біль в суглобах — у 18 %, біль іншої локалізації — у 11 %. Больовий синдром супроводжувався порушеннями сну в 53,5 % випадків, тривогою — в 32 %, зниженням пам'яті — в 51 %. Поширеність хронічного болю у ветеранів бойових дій склала 81,5 %. Найчастішими локалізаціями хронічного болю були нижня частина спини (58 %), голова (55 %) і плечові суглоби (21 %). Психологічна дія отриманих травм і поранень, як і зміни ЦНС, в результаті самої травми виразно впливали на формування хронічного головного болю, болю в грудях, в нижній частині спини. Інтенсивність хронічного болю усіх локалізацій за ВАШ була вища, ніж гострого, що було результатом порушення балансу взаємодії між ноцицептивною і антиноцицептивною системами. Аналіз психічних порушень, що супроводжували хронічний біль, показав найбільшу вираженість тривоги, депресії, порушень сну та пам'яті при хронічному головному болю. Пацієнтам з болем в нижній частині спини також були притаманні такі порушення. Хронічні болі в шиї та іншої локалізації (болі в грудній клітці, животі, кінцівках) меншою мірою визначали порушення в психічній сфері.

Таким чином, бойовий стрес і подальші стреси мирного часу мали різний вплив на характеристики болю в обстежених пацієнтів. На початку основними механізмами виникнення болю були ноцицептивний і невропатичний як наслідок отриманих травм і поранень, в подальшому ж велику роль відіграє психогенний чинник.

УДК 616.45-001.1/3-008.447

В. Т. Поліщук¹, В. І. Заворотний¹,

І. М. Соколова², Г. М. Кожина³

¹Військово-медичний клінічний центр Північного регіону МО України;

²Українська інженерно-педагогічна академія;

³Харківський національний медичний університет, м. Харків

Проблема психологічних та психопатологічних наслідків бойового стресу в сучасних умовах

На сьогодні серед військовослужбовців Збройних Сил України, які брали участь в антитерористичних операціях, збільшилась кількість тих, хто страждає на бойовий стрес. Розроблення системи превентивної реабілітації військовослужбовців Збройних Сил України з бойовим стресом в умовах збройних конфліктів має велике практичне значення у вирішенні багатьох завдань, що виникли перед військовою системою охорони здоров'я в останній рік. Серед численних наслідків (економічних, політичних, соціальних тощо), які будь-яка війна приносить суспільству, не менш важливими є і психологічні. Через жерло армії, яка бере участь у війні, проходять сотні тисяч психічно та фізично здорових людей, котрі після демобілізації повертаються в мирне життя, приносячи з собою всі особливості мілітаризованої свідомості і здійснюючи суттєвий вплив на розвиток соціуму.

Діапазон впливу факторів війни на людину надзвичайно широкий. При цьому набагато більший масштаб мають пом'якшені і відтерміновані наслідки війни, що впливають не тільки на психофізичне здоров'я військовослужбовців, а й на їхню психологічну рівноважність, світогляд, стабільність ціннісних орієнтацій тощо. Військові медики все частіше використовують такі

нетрадиційні термінологічні позначення (які віддзеркалюють, проте, клінічну реальність) як бойова психічна травма, бойова втома, бойовий стрес і т. д.

Особливої уваги потребують учасники воєнних дій в Україні, тому що у нашій країні багато осередків напруженості, що супроводжуються активними бойовими діями. Все більша кількість військовослужбовців залучається до вирішення цих конфліктів, бере участь у боях. Досвід бойових дій свідчить, що війська, поряд з фізичними втратами, несуть відчутні психологічні втрати. Вони пов'язані з отриманням військовослужбовцями бойових психічних травм, які в свою чергу призводять до розладів психічної діяльності, повної або часткової втрати боєздатності.

Травматичний стрес — особлива форма загальної стресової реакції. Коли стрес перевантажує психологічні, фізіологічні, адаптаційні можливості людини і руйнує захист, він стає травматичним.

За даними медичних закладів Міністерства оборони серед 1276 військовослужбовців, яких було госпіталізовано з психічними розладами в період бойових дій, в 30 % з них був встановлений діагноз посттравматичний стресовий розлад, тобто після демобілізації вони потребуватимуть подальшого лікування та медико-соціальної реабілітації.

Вищевикладене свідчить про те, що вивчення посттравматичного стресового розладу у учасників бойових дій та розроблення комплексної системи його корекції та реабілітації хворих є важливою медико-соціальною проблемою.

УДК 616.833.17:616.831-071

**Н. Ф. Посохов, П. Н. Посохов,
О. А. Васильєва, О. С. Ищенко**

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков*

Особенности клинко-неврологических и электроэнцефалографических показателей у больных с атипичными прозопа́лгиями

Лицевые боли (прозопа́лгии) представляют сложную проблему в плане лечения и профилактики. Для успешной диагностики и лечения лицевой боли важное значение имеют особенности клинических проявлений и чёткое представление о патофизиологических механизмах их возникновения. Классификация нейрогенных прозопа́лгий (Посохов Н. Ф., 2012) отражает патогенез лицевых болей, связанных с поражением чувствительных краниальных нервов, вегетативных нервных образований, центральных болепроводящих путей, а также психогенные и сочетанные формы. Лицевые боли подразделяются на две подгруппы: типичные и атипичные прозопа́лгии. Типичные прозопа́лгии — это пароксизмальные невралгии черепных нервов (тройничного, языкоглоточного и др.). К атипичным прозопа́лгиям относятся все остальные лицевые боли, различные по происхождению и патогенетическим механизмам. При этом боль, как правило, сопровождается нейрогенными и вегетативно-сосудистыми нарушениями. Атипичные (в том числе и психогенные) прозопа́лгии чаще встречаются у женщин, возникают и усиливаются после стресса и носят фармакорезистентный характер.

Цель работы: выявить особенности и провести сравнительный анализ клинко-неврологических и электроэнцефалографических (ЭЭГ) показателей у больных с атипичными прозопа́лгиями.

Обследовано 55 больных с прозопа́лгиями (31 женщина и 24 мужчины) в возрасте от 26 до 80 лет (средний — $58,5 \pm 3$ года). Всем больным было проведено комплексное обследование.

У 30 больных диагностированы типичные прозопа́лгии (невралгии тройничного нерва), у 25 — атипичные прозопа́лгии. Были выявлены следующие клинические особенности атипичных прозопа́лгий: боли носили постоянный характер с нарастающей интенсивностью, характеризовались отсутствием «курковых» зон, имели выраженный нейропатический компонент и вегетососудистые нарушения. 20 (80,0 %) больных с атипичными лицевыми болями имели коморбидные цереброваскулярные нарушения и последствия перенесенных нейроинфекций.

По данным анализа ЭЭГ-показателей были выявлены следующие особенности: у 15 (60,0 %) больных с атипичными прозопа́лгиями паттерн ЭЭГ характеризовался смешанной активностью со сглаженностью регионарных отличий, подавлением нормальной альфа-активности, доминированием медленноволновых (тета и дельта) компонентов и высокоамплитудного бета-ритма в передних (лоб, висок) и затылочных отведениях, чаще с акцентом в правой гемисфере головного мозга. У 10 (40,0 %) больных регистрировалась диффузная пароксизмальная активность стволового генеза.

Проведенные нами клинко-электрофизиологические сопоставления указывают на наличие специфических клинко-неврологических особенностей у больных с атипичными прозопа́лгиями. Клинические проявления атипичных лицевых болей носят постоянный характер с нарастающей длительностью и интенсивностью, без «курковых» зон, с нейропатическим и вегетососудистым компонентом, чаще протекают у больных с преморбидным сосудистым фоном и последствиями хронических нейроинфекций, могут провоцироваться различными стрессовыми факторами. Коррелируют, по данным электроэнцефалографии, с заинтересованностью стволовых структур и пароксизмальной активностью мозга, с доминированием биоэлектрической активности правой гемисферы головного мозга.

УДК 616.89-008.447:362.18 «364»

Г. А. Пріб

*Институт підготовки кадрів державної служби
зайнятості України, м. Київ*

Вплив соціальної дезадаптації в ситуації безробіття на формування девіантної поведінки

Психотравмуючий вплив стану безробіття у певної категорії людей обумовлює різні порушення упорядкованих комунікативних стереотипів і призводить до дезадаптації. Зазначене складає підґрунтя так званого синдрому соціально-психологічної дезадаптації. Професійна, економічна, психологічна дезадаптації, розвиваючись одночасно або послідовно, призводять до нездатності чи неготовності, а також небажання суб'єкта соціалізації розділяти цінності і норми, прийняті в суспільстві. При втраті роботи різко обмежується реалізація потреби в соціальних контактах, які спричиняють у безробітного стан дискомфорту, страждання, незадоволення, що призводить до девіантної поведінки.

Мета дослідження: виявити існування соціальної дезадаптації особи в ситуації безробіття, її вплив на формування девіантних форм поведінки, в залежності від статі.

Дослідження проведено на базі Луганського міського центру зайнятості (м. Луганськ). Період дослідження — 2013 рік. До дослідження були залучені безробітні жінки (25 осіб) та чоловіки (25 осіб) зі стажем безробіття 1—6 місяців. Вік досліджуваних — 45—50 років.

Методи дослідження: психодіагностичний (методика «Самооцінка психічних станів» Г. Айзенка та методика «Діагностування схильності до поведінки, яка відхиляється» (А. Н. Орел), статистичний.

Виявлено, що складові синдрому соціальної дезадаптації в ситуації безробіття притаманні всім досліджуваним особам. В той же час, більш високий рівень тривожності спостерігається у жінок, ніж у чоловіків ($p \leq 0,05$). Рівень фрустрованості жінок також вищий, ніж чоловіків, хоча найвищих результатів, що свідчать про можливий розвиток психічних розладів, серед досліджуваних не виявлено. Агресивність, навпаки, більш притаманна чоловікам. За показником ригідності психіки жінки показали вищі результати аніж чоловіки, що дозволяє останнім бути більш мобільними на ринку праці. Виявлено, що за шкалою схильності до подолання соціальних норм та правил чоловіки показали вищі результати, хоча найвищих результатів у жодного з досліджуваних не виявлено. За шкалою схильності до адиктивної поведінки вищу схильність до неї показали чоловіки, якщо брати за увагу середній та високий рівень готовності, але в натуральних одиницях різниця між даним показником невелика — 18 жінок проти 22 чоловіків. Не виявили готовності (схильності) до змін психічних станів 7 жінок і 3 чоловіки. За даними шкали схильності до саморуйнівної поведінки лише 2 (8,0 %) жінки мають високий рівень готовності до таких дій, серед чоловіків таких осіб не виявлено. Таким чином, жінки частіше вдаються до дій, що спрямовані на саморуйнування. Результати даних шкали схильності до агресії та насильства підтвердили результати, отримані за допомогою методики самооцінки психічних станів Г. Айзенка. Результати відрізняються суттєво, тобто якщо високий рівень агресії притаманний 1 особі серед жінок (4,0 %), то серед чоловіків таких виявилось 5 осіб (20,0 %). Низький рівень агресії, навпаки, виявили 72,0 % жінок і лише 8 % чоловіків. Вищий рівень вольового контролю емоційних реакцій в ході дослідження виявлено серед жінок, які більш жорстко контролюють прояви своїх поведінкових емоційних реакцій. Шкала схильності до делінквентної поведінки може вважатися умовною, але за даними дослідження виявлено, що результати розподілилися майже порівну з незначними коливаннями.

Узагальнюючи отримані дані, можна зазначити, що в цілому існування соціальної дезадаптації особи в ситуації безробіття впливає на формування девіантних форм поведінки. У свою чергу, на формування девіантної поведінки соціально дезадаптованої особистості безробітного має вплив його стать.

УДК 616.89-07

О. В. Прохорова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
Патопсихологічні особливості афективних розладів у пацієнтів з цереброваскулярними хворобами

В Україні кожна п'ята особа похилого віку перебуває під наглядом психіатра. В структурі психічних розладів перше місце посідають органічні, в тому числі симпто-

матичні розлади психіки (F00 — F06) — 69 %, серед них лідируючі позиції займають когнітивні та депресивні розлади. Судинна деменція (СД) — друге за частотою після хвороби Альцгеймера (ХА) дементуюче захворювання (Кошля В. І. і соавт., 2010). Ризик розвитку СД значно збільшується при наявності депресивних розладів в преморбідному періоді і за даними досліджень останніх років він значно вищий, ніж для ХА (Breno S. Diniz et al., 2013). Субкортикальна судинна деменція — основна форма СД, яка пов'язана з мікроеваскулярним ураженням головного мозку (Левада О. А., 2013). У пацієнтів похилого віку цереброваскулярні хвороби (ЦВХ) мають високу коморбідність з депресивними розладами і є чинником predisпозиції для їх розвитку.

Метою дослідження є виявлення особливостей та відмінностей афективних розладів у пацієнтів похилого віку з цереброваскулярними хворобами в залежності від рівня структурно-функціонального ураження головного мозку, а також виокремлення патопсихологічних феноменів, притаманних субкортикальній ішемічній депресії.

Ми провели скринінг 115 пацієнтів з ЦВХ (коди стану за МКХ-10 I63.5, I63.8, I67.2, I67.4, G46), які проходили лікування в неврологічному відділенні КМУ «Міська лікарня № 3» м. Краматорська Донецької області. За критеріями включення/виключення було відібрано 98 осіб, з яких для подальшого аналізу включено 82 особи, які склали клінічний матеріал дослідження та були поділені на основну (ОГ) та контрольну групу (КГ). За результатами обстеження пацієнтів було умовно поділено на дві групи: ОГ1 — (ЦВХ з наявністю субкортикальних гіперінтенсивних вогнищ в головному мозку за даними МРТ-дослідження + F06.3) кількістю 26 осіб; ОГ2 — (ЦВХ з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГПМК) або остаточною явищами після перенесеного ГПМК + F06.3) кількістю 32 особи. В групу контролю (КГ) увійшли особи з ЦВХ без суттєвих ішемічних змін на МРТ головного мозку в субкортикальних зонах або корі, її кількість становила 24 особи.

Діагностичний алгоритм включав скринінгове тестування за допомогою самоопитувальника стану здоров'я Patient Health Questionnaire (PHQ-9) та у разі отримання позитивного результату та інформованої згоди, пацієнтам пропонували подальше обстеження з використанням оціночних шкал: Геріатрична шкала депресії (Geriatric Depression Scale — GDS), Шкала тривожності для літніх пацієнтів (Worry Scale for Older Adults — WS), тест на семантичну та фонетичну пам'ять, тест Струпа, тест зв'язку символів (Trail Making Test — TMT), МоСА.

Обстеження пацієнтів з ЦВХ виявило, що проживання у родині, як один із факторів стресостійкості, є сприятливим для запобігання виникнення певних ускладнень при ЦВХ. Пацієнти з важкою депресією виявлялись в групі з наявністю в анамнезі ГПМК — 59,4 %, і у яких був високий рівень стурбованості з приводу соціального функціонування — 25 %. У пацієнтів з ОГ з субкортикальними ішемічними вогнищами частіше виявлялись депресивні розлади легкого ступеня — у 88,5 % випадках, але більш виражений тривожний радикал з приводу свого стану здоров'я — у 88,1 % пацієнтів. При зіставленні результатів, отриманих досліджуваними при виконанні МоСА, тесту Струпа, TMT, специфічні розлади (брадифренія) діагностуються у пацієнтів ОГ1, що свідчить про порушення регулюючих (виконавчих) функцій в результаті розриву «фронтостріарних кругів».

УДК 613.62-613.6.06:616.891:616.833

Н. Г. Пишук, О. О. Белов
Вінницький національний медичний університет,
м. Вінниця

Стан психоемоційної сфери у хворих на професійну патологію органів дихання та периферичної нервової системи

Професійні захворювання становлять серйозну соціальну та медичну проблему. З сучасних наукових позицій як основний патофизиологічний механізм формування патологічних соматогенних симптомокомплексів розглядається зміна біопсихосоціального статусу особистості внаслідок соматичного захворювання як чинника, що не залежить від суб'єктивно-вольової сфери хворого. Синергійний вплив несприятливих соматогенних та соціально-психологічних чинників зумовлює необхідність особливого підходу до вивчення психологічних наслідків професійної патології.

Нами було обстежено 85 хворих на професійну патологію (ПП) дихальної системи (туберкульоз легень, емфізема легень, хронічне обструктивне захворювання легень, пневмокониоз, бронхіальна астма) — основна група 1 (ОГ1) та 84 хворих на ПП периферичної нервової системи (моно- та поліневропатії, радикулопатії, вплив вібрації) — основна група 2 (ОГ2). Контрольну групу (КГ) склали 60 практично здорових осіб, співмірних за віковими та соціальними характеристиками. Дослідження включало клініко-психологічне обстеження хворих, організоване у вигляді напівструктурованого клінічного інтерв'ю, визначення особливостей психопатологічної симптоматики за допомогою опитувальника Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R, вимірювання показників виразності депресії за допомогою шкали ZungSelf-RatingDepressionScale в адаптації Т. І. Балашової та вимірювання показників особистісної (ОТ) та реактивної (РТ) тривожності за допомогою шкал С. Spilberger у модифікації Ю. Л. Ханіна. Статистичний аналіз проводився за використанням непараметричних методів (критерій χ^2 Пірсона, тест Манна — Уїтні).

Дослідження виявило поліморфність та широкий спектр несприятливих змін у психоемоційній сфері, пов'язаних з особливостями професійної патології. Домінуюче місце серед суб'єктивних змін, асоційованих з ПП, займають несприятливі прояви з боку емоційної сфери: скарги на знижений настрій, відчуття тривоги, а також астенія, утруднення концентрації уваги та різні види інсомнії. У більшості хворих виявлена поліморфність несприятливих проявів з боку психоемоційної сфери: у 11,8 % хворих ОГ1 та 8,3 % хворих ОГ2 виявлено дві, а у 76,5 % хворих ОГ1 та у 79,8 % хворих ОГ2 — три і більше скарг з боку психоемоційної сфери.

У цілому хворим на професійні захворювання притаманні високий рівень депресії, соматизації, міжособистісної сензитивності, обесивних проявів, фобічної, особистісної та реактивної тривожності. При цьому у хворих на патологію органів дихання більшою мірою виражені тривожно-депресивні тенденції, а у хворих на патологію периферичної нервової системи — депресивні та астено-депресивні прояви, що ймовірно пов'язане із клінічними особливостями основного захворювання. Дані дослідження дозволяють говорити про асоційованість професійних захворювань з порушеннями адаптації у вигляді депресивних та тривожно-депресивних розладів і формування несприятливих патохарактерологічних змін, що потребують відповідної корекції.

УДК 616.895.8:362.141-08

Н. Г. Пишук, Є. Я. Пишук
Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця

Роль сімейного ресурсу в ефективності лікування хворих на параноїдну шизофренію

Одним із важливих чинників, який впливає на загальну ефективність лікування хворих на шизофренію, є ресурс сімейної підтримки пацієнта, завдяки якому визначається готовність референтних родичів надати допомогу та підтримку хворому.

За умови інформованої згоди було обстежено референтних родичів (168 осіб, РР) хворих на параноїдну шизофренію. Серед обстежених було 47 дружин, 51 чоловік, 70 — один з батьків. Обстежені перебували у віковому діапазоні від 29 до 76 років (середній вік: «дружини» — $44,7 \pm 0,9$ років, «чоловіка» — $53,3 \pm 0,5$ та «один з батьків» — $62,8 \pm 2,2$ роки). Більшість родичів (54,5 %) мали достатній освітній ценз (середня та вища освіта), постійну роботу мали 47,1 %. 63,4 % РР оцінили сімейний побутовий стан як задовільний, а 76,1 % вказали на незадовільний фінансовий стан сім'ї, який змінився після появи психічно хворої людини в сім'ї. Дослідження сімейної підтримки проводили за опитувальником оцінювання сімейного ресурсу (В. А. Абрамов, 2009).

Загальний аналіз дослідження ресурсу сімейної підтримки у обстежених нами РР дав змогу виявити, що у 35 (20,8 %) він був достатнім (бальна оцінка $12,4 \pm 0,9$). Такі особи розуміли весь спектр порушень зміни життєвого стереотипу сім'ї, виявляли позитивне ставлення до проблем та труднощів пацієнта, намагались надати емоційну та фінансову підтримку. Вони конструктивно вирішували всі нагальні проблеми, що були пов'язані з проживанням пацієнта в сім'ї та його лікуванням, чітко уявляли собі межу між потребами та реальними і нереальними очікуваннями. Допомога хворому члену сім'ї є важливим елементом функціонування сім'ї загалом. Тому більшість РР, незважаючи на всі складнощі розвитку ситуації, настільки допомагають пацієнту з шизофренією в умовах сім'ї, що відчують себе достатньо реалізованими, в той час коли інші можуть вважати допомогу психічно хворій людини надто обтяжливим елементом власного життя.

У 84 РР (50,0 %) реєструвався обмежений ресурс сімейної підтримки (бальна оцінка $26,2 \pm 1,3$), проявами якого були: зменшення піклування про хворого родича, нездатність адекватно оцінити обсяг необхідної для хворого терапії, небажання вчасно звертати увагу на потреби хворого. Такі особи були не зацікавлені у формуванні позитивної міжособистісної взаємодії, не зовсім реально оцінювали подальші перспективи проживання хворого у сім'ї, вважали, що збільшення навантаження на сім'ю призведе до погіршення сімейного психологічного мікроклімату. Обмежений ресурс сімейної підтримки може формуватись і внаслідок того, що референтні родичі надто інтенсивно включаються у процес піклування про хворого члена сім'ї, навіть більше, ніж це є необхідним. Звужується круг їхніх інтересів, бажань, потреб, виникає страх щодо соціальної ізоляції, виникають стани хронічної незадоволеності тим, що відбувається, тому що страждають і не задовольняються власні потреби РР у відпочинку, спілкуванні, сексуальному житті тощо.

Низький ресурс сімейної підтримки виявлявся у 49 (29,2 %) референтних родичів пацієнтів з шизофренією ($31,5 \pm 0,4$ бали), що свідчило про наявність дисбалансу

між пріоритетними сферами задоволення потреб членів сім'ї та необхідністю підтримувати та піклуватися про хворого члена сім'ї. Респонденти групи РР вважали, що є дуже багато інших сімейних проблем окрім хворого в сім'ї, звертали увагу на те, що пацієнт повинен сам турбуватися про свої проблеми, їх не турбував психічний стан пацієнта та його ставлення до терапії.

Встановлені особливості свідчать про те, що в сім'ях, де проживає пацієнт з шизофренією, у референтних родичів нівелюються емпатійно-афіліативні тенденції та бажання у міжособистісній взаємодії з хворим, формуються нові дистанційні стосунки з емоційно-ригідними компонентами негативного змісту та відсутністю піклування, що необхідно враховувати під час розроблення психоосвітніх програм.

УДК 616.89-008.441.1:616.85-07

Н. Г. Пушук, Д. П. Слободянюк

*Вінницький національний медичний університет
ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця*

Зміст та ефективність програми психокорекції та психопрофілактики соціальної дезадаптації у студентської молоді

На теперішній час в світовій науковій психіатричній/медико-психологічній спільноті визначається підвищення зацікавленості вивченням такої патології, як соціальна фобія, яка посідає чільне місце серед невротичних розладів, що маніфестують в молодому віці, та є передумовою і підґрунтям розвитку соціальної дезадаптації (СД). Враховуючи специфічність даного про шарку суспільства, для роботи з цим контингентом повинні бути створені диференційовані психокорекційні і психопрофілактичні заходи, розроблені з урахуванням новітніх технологій та особливостей клінічних проявів й формування СД у студентів.

На ґрунті комплексного обстеження 120 осіб молодого віку — студентів І—ІІ курсів Вінницького національного медичного університету ім. М. І. Пирогова, серед яких 67 осіб мали СД різної вираженості, нами визначено основні напрямки психокорекційної роботи, що спрямовані на її подолання, а саме:

1. використання методології та підходів кризового «соціально-психологічного» втручання;
2. проведення індивідуальної та групової психотерапії, спрямованої на подолання соціально-психологічних наслідків фрустрації;
3. централізація уваги на особистості з орієнтацією на її потреби;
4. партнерство та використання усіх впливових соціальних зв'язків.

В цілому, базову програму психокорекції і психопрофілактики СД у студентської молоді можна сформулювати так:

- 1). етап діагностики, встановлення предикторів та клініко-психологічних феноменів СД;
- 2). етап психодіагностики психологічних та психосоціальних предикторів СД як мішеней психокорекції;
- 3). етап диференційованих інтегративних психокорекційних впливів, що складається з декількох послідовних стадій, які можуть бути реалізовані як в індивідуальній, так і груповій формах:
 - а) мотиваційної — спрямованої на інформаційну та мотиваційну роботу із особою, кінцевою метою якої було формування «запиту» на психокорекцію із настановою

особи на лікування з формулюванням її мети, завдань та підписанням психотерапевтичного контракту;

б) когнітивно-поведінкової терапії — з метою виявлення та нівелювання індивідуальних базових дисфункціональних переконань та ірраціональних настанов, провідних «дефектних» когнітивних схем та провокуючих ситуацій, для чого використовували когнітивні техніки у вигляді «Записника-щоденника автоматичних мислей» та когнітивно-поведінкові методики для напрацювання соціально-позитивного адаптованого поведінкового репертуару та м'язової релаксації;

в) гармонізації фізичного стану та прийняття себе — з одного боку, елементи екзистенціальної терапії з метою акцентування уваги на здатності людини вільно вибирати свою долю, відповідальності, й екзистенціальній тривозі, самотності й відносинах з іншими, а з іншого — фізичні вправи у вигляді тренувань у спортивному залі, що забезпечували покращання загального самопочуття та поліпшення мозкового кровообігу, та надавали змогу відчувати власні можливості, а через вплив фізичного навантаження на норадренергічну та серотонінергічну нейромедіаторні системи — покращити емоційне тло настрою;

4). етап оцінки ефективності психотерапії;

5). етап підтримуючої психотерапії, самодопомоги.

Тривалість загального базового курсу складала від 1,5 до 4 місяців, кількість психокорекційних зустрічей — від 5 до 23 (в середньому — 11).

Оцінення результатів впровадження запропонованої програми психокорекції та психопрофілактики СД у студентської молоді показало її ефективність з покращанням психопатологічної (соціальна фобія) та психосоціальної (труднощі функціонування в різних сферах) складових життєдіяльності.

УДК:616.45-001.1/3:616.895.4-08

Л. В. Рахман¹, М. В. Маркова², Г. М. Кожина³

¹Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів; ²Харківська медична академія післядипломної освіти; ³Харківський національний медичний університет, м. Харків

Роль стресових факторів в синдромогенезі терапевтично резистентних депресій

Терапевтично резистентні депресії (ТРД) на сьогоднішній день виявляються у 30—50 % випадків депресивних розладів. За загальноприйнятими критеріями, депресію вважають резистентною, якщо впродовж двох послідовних курсів (по 3—4 тижні) адекватної монотерапії фармакологічно різними препаратами відмічається відсутність або недостатність клінічної ефективності (редукція симптоматики за шкалою Гамільтона становить менше 50 %). На ґрунті проведених багатьох наукових досліджень встановлено, що ТРД мають певні клініко-психопатологічні особливості, їм властива атиповість та поліморфізм клінічної картини, структурна складність депресивної симптоматики, наявність гетерогенних включень, стертість, монотонність і ригідність, які збільшуються при повторних епізодах, з поступовою соматизацією психопатологічних проявів. Як один із важливих патогенетичних механізмів в розвитку ТРД розглядається вплив стресових факторів, а також вказується на взаємозв'язок стресових чинників із формуванням клінічних та психопатологічних особливостей ТРД.

Метою нашого дослідження було вивчення ролі стресових факторів на розвиток ТРД та встановлення корелюючих зв'язків із формуванням клініко-психопатологічної картини депресій, резистентних до проведеної терапії.

За умови усвідомленої добровільної згоди в дослідження було залучено 30 хворих із ТРД. Для досягнення поставленої мети нами використовувалися такі методи: клініко-психопатологічний, психометричний, патопсихологічний, статистичний.

Результати проведеного дослідження засвідчили, що роль стресового чинника у маніфестації та розвитку ТРД є значною. Встановлено, що у 86 % випадків маніфестація захворювання відбувалася на тлі стресової ситуації, особливо вагомим місцем посідають довготривалі несприятливі обставини. Серед стресорів, що пов'язуються із виникненням депресій та формуванням резистентних станів, хворі називають, зокрема такі як стресори поразок (в кар'єрі, особистому житті) — 23,4 %, стресори обмежень (проблеми із здоров'ям, недоїдання, сексуальна дисгармонія) — 20 %, інформаційні стресори (повідомлення про війни, катастрофи, терористичні події) — 13,3 %, стресори, пов'язані з політичними поглядами, нестабільним економічним становищем, безробіттям, невпевненістю в завтрашньому дні — 13,3 %, виробничі (інформаційне перенавантаження, відповідальна робота за умов дефіциту часу) — 10 %, стресори відокремлення (конфлікти, непорозуміння) — 10 %, фізичні стресори (надмірне фізичне навантаження, травми, медичні процедури) — 10 %. Також виявлено вплив якості стресового чинника на розвиток клініко-психопатологічної специфіки ТРД. Зокрема, дія короткотривалої стресової ситуації в переважній більшості випадків призводила до формування тривожно-ажитованої, сенесто-іпохондричної, астено-анергічної симптоматики. Тривалі негативні стресові чинники більше сприяли появі апато-адинамічного, obsesивно-фобічного, та меланхолічного радикалів в клінічній картині ТРД.

Таким чином, проведене дослідження засвідчило, що негативні стресові ситуації є одним із важливих чинників в розвитку ТРД та формуванні особливостей клінічної картини депресій.

хоч і не основним симптомом ПТСР, але є супутнім гострим і найнебезпечнішим проявом. Відповідно загальноприйнята практика обстеження пацієнта з ПТСР має включати оцінювання суїцидального ризику і вивчення суїцидального анамнезу.

Метою роботи було узагальнити відомості і визначити кореляцію рівня саморуйнівної поведінки у пацієнтів з ПТСР з коморбідними депресією, генералізованим тривожним розладом та поведінковими порушеннями та без них.

З цією метою проведено клінічне інтерв'ювання 24 учасників бойових дій, різної вікової приналежності (від 20-ти до 53-х років) та різного військового статусу (військові контрактної служби, мобілізовані, добровольці). Дослідження проводили за допомогою індивідуального клінічного інтерв'ю, «Шкали оцінки важкості суїциду Колумбійського університету», «Міссісіпської шкали для бойового ПТСР», «Шкали самооцінки тривоги (Чабан О. С, Хаустова Е. А.)», «Тесту самооцінки рівня депресії Beck A. T.»

Виявлено значний рівень саморуйнівної поведінки в учасників бойових дій в зоні АТО — 25 % опитаних пацієнтів з діагнозом ПТСР зазначили наявність суїцидальних ідей та намірів, як на період перебування в умовах дії стресового чинника, так і в постстресовий період. У 56 % випадків пацієнтам з діагнозом ПТСР діагностовано і депресію. У пацієнтів з ПТСР і депресією була більша частота суїцидальних думок, ніж суїцидальних дій. У пацієнтів з ПТСР без депресії спостерігалась висока частота активних суїцидальних дій, проте, серед них ПТСР часто був коморбідний з афективними порушеннями, наприклад, розладами афекту, схильністю до імпульсивних дій, психопатіями. Частота розвитку генералізованої тривоги та спорідненого з нею соматичного дискомфорту, за самооцінкою пацієнтів, становила 66 % від загальної кількості пацієнтів з ПТСР та була стовідсотковою серед пацієнтів з ПТСР і суїцидальною активністю.

Опосередковано, враховуючи ці дані, можемо зазначити, що супутні розлади, такі як розлади настрою, панічні або тривожні розлади, пов'язані з високою здатністю до формування і розвитку суїцидальних ідей та їх здійснення.

УДК 616-001:616.45-001.1/3:616.85 «364»

О. П. Романів, К. М. Погоріляк

Ужгородський національний університет, м. Ужгород

Роль інтратравматичних розладів невротичного спектра в структурі формування аутодеструктивної поведінки у пацієнтів з посттравматичним стресовим розладом внаслідок бойових дій в зоні АТО

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) — це тяжкий психічний стан, який виникає в результаті одиної або повторюваної психотравматичної події, як в результаті безпосереднього, так і опосередкованого переживання травми. Велика кількість лікарів різних спеціальностей по всій Україні серед своїх пацієнтів спостерігають вимушених переселенців зі сходу та учасників бойових дій в зоні АТО, їхніх рідних та близьких. Майже кожен спеціаліст в структурі надання психіатричної допомоги зіткнувся та побачив зсередини проблему діагностування, психолого-психотерапевтичного супроводу та психофармакологічної корекції ПТСР, зокрема, з коморбідними невротичними порушеннями і аутодеструктивною поведінкою. Аутодеструктивна поведінка

УДК 616.895.8-085.214.2

І. Р. Ромаш

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет», м. Івано-Франківськ

Окремі аспекти порушення вуглеводного обміну в пацієнтів із параноїдною шизофренією при застосуванні нейролептичної терапії

Дослідження останніх десятиліть свідчать про важливу патогенетичну роль метаболічних порушень при психічних розладах (І. Й. Влох, Р. І. Білобровка, 2006; L. Citrome, L. Blonde, C. Damatarca, 2005). В численних наукових публікаціях наводяться дані про порушення вуглеводного обміну у хворих на шизофренію у процесі антипсихотичної терапії (О. К. Напрєєнко, 2014; П. В. Алфимов, П. В. Рывкин, 2014; В. Н. Ebdrup, F. K. Knop, 2014; Н. А. Марута, Г. С. Рачкаускас, 2011).

Мета роботи: Вивчити особливості показників глікемії та глікованого гемоглобіну (HbA1c) при лікуванні пацієнтів із шизофренією нейролептичними препаратами.

Проведено обстеження 80 пацієнтів із параноїдною шизофренією віком 18—55 років. Хворих було поділено

на дві групи (I група — 40 осіб із ознаками метаболічних порушень, які отримували галоперидол; II — 40 осіб із аналогічними порушеннями, які отримували рисперидон). Для обчислення даних використовували параметричні статистичні методи із встановленням коефіцієнта Стюдента.

Як свідчать отримані нами дані, галоперидол більш надійно, ніж атипичний нейролептик, редукує гостру продуктивну симптоматику. Так, за шкалою PANSS в I групі відзначалося зниження середнього балу з $120,3 \pm 11,2$ бали до $84,6 \pm 10,6$ бали ($p < 0,05$). У II групі зафіксовано зниження середнього сумарного балу з $115,8 \pm 11,4$ до $79,7 \pm 11,7$ бали ($p < 0,05$). Таким чином, відмічено достовірну динаміку редукції психопатологічної симптоматики.

Під час аналізу отриманих даних встановлено, що у пацієнтів I групи після лікування галоперидолом достовірно підвищуються показники глюкози крові натще — від $4,13 \pm 0,19$ ммоль/л до $5,01 \pm 0,29$ ммоль/л ($p < 0,05$). В обстежених II групи встановлено більш значне збільшення рівня глікемії — від $3,53 \pm 0,23$ ммоль/л до $5,44 \pm 0,23$ ммоль/л ($p > 0,05$).

У пацієнтів I групи встановлено підвищення показника глікованого гемоглобіну з $68,2 \pm 3,6$ % до $71,7 \pm 4,8$ % ($p > 0,05$), а у обстежених II групи — з $71,4 \pm 4,9$ % до $85,6 \pm 3,8$ % ($p < 0,05$).

Лікування пацієнтів атипичними нейролептиками зумовлює стійку редукцію психопатологічної симптоматики. Негативним чинником є розвиток гіперглікемії та достовірне зростання рівня глікованого гемоглобіну, що зумовлюють зрив компенсації вуглеводного метаболізму і призводять до розвитку цукрового діабету.

УДК 616.89-008.447-055.2-06:001.8

М. В. Савіна

*Харківський національний університет
ім. В. Н. Каразіна, м. Харків*

Щодо необхідності персоніфікованого підходу до вивчення проблеми взаємозв'язків здоров'я сім'ї та адиктивних розладів у жінок

На теперішній час особливої актуальності набувають дослідження, засновані на персоніфікованому підході. Вже зрозуміло, що не можна вивчати усіх хворих з однією нозологією психічних і поведінкових розладів, сучасність диктує необхідність визначення специфіки окремих контингентів. Якщо в полі психіатричних досліджень цей підхід отримав гідне визнання та не викликає суперечок, то науковий простір медицини залежностей, на жаль, досі залишається поза персоніфікованих методологічних підходів. Між тим, не викликає сумніву, що у жінок, які складають 52 % населення Земної кулі, клінічні прояви та прогноз адиктивних розладів інші, ніж у чоловіків. І, якщо дослідження особливостей формування, розвитку та перебігу алкогольної залежності у жінок вивчені досить прискіпливо, то наукова інформація щодо специфіки виникнення, перебігу та терапії інших станів залежності — як хімічної, так і поведінкової — у жінок практично відсутня.

Захворювання жінки на психічні, зокрема, адиктивні розлади, відбиваються не тільки на її психопатологічному стані, рівні соціального функціонування та якості життя. При цьому головного «удару» зазнає сім'я хворої, бо внаслідок розвитку стану залежності у жінки, деформації піддається, в першу чергу, функціонування її родини, з невиконанням кількох базових сімейних функцій — емоцій-

ної, духовної, господарсько-побутової, виховної та інших, що призводить до подальшого руйнування сімейних стосунків, посилює перебіг наркопатології і в багатьох випадках призводить до порушення сімейної взаємодії на психофізіологічному, соціальному та мікросоціальному, психологічному та соціально-психологічному рівнях та кінцевого руйнування сім'ї.

Враховуючи вищезазначене, нами здійснюється робота, спрямована на вивчення взаємозв'язків між механізмами формування й проявами адиктивної поведінки у жінок та феноменом здоров'я сім'ї, метою якої є створення диференційованої системи його психологічної корекції та психопрофілактичної підтримки.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

О. С. Самойлова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Визначення маркерів реабілітаційного стану у лонгітудинальному когортному дослідженні

Можливість досягнення стійкої ремісії є одним із пріоритетних завдань клінічної наркології. Оцінювання реабілітаційного потенціалу включає визначення сукупності медико-біологічних і соціальних чинників та прогнозування того, коли і за допомогою яких методів і засобів людина зможе адаптуватись до здорового середовища та досягне певної якості життя.

Метою проведеного дослідження було визначення маркерів реабілітаційної мотивації обстежених пацієнтів шляхом аналізу результатів лікувально-реабілітаційних втручань, тривалості і якості терапевтичних та спонтанних ремісій, що дозволить оптимізувати результати наркологічної допомоги.

Дослідження проводилось в період з 2010 по 2015 р., когорти формувались із хворих зі станами хімічної та нехімічної залежності, які перебували на лікуванні на клінічних базах відділу невідкладної психіатрії та наркології ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології Національної Академії медичних наук України». Всього обстежено 435 осіб.

Методи дослідження: тест AUDIT (The Alcohol Use Disorders Identification Test) та створені на його ґрунті AUDIT-подібні тести для неалкогольних залежностей; індекс тяжкості залежності (Addiction Severity Index — ASI); шкала виразності психопатологічної симптоматики Derogatis, когнітивні тести, шкала якості життя Mezzich, методи математичної статистики.

В процесі дослідження тестували дві робочі гіпотези, а саме:

- висока спроможність утримуватись у когорті означає низький реабілітаційний потенціал;
- низька спроможність утримуватись у когорті означає високий реабілітаційний потенціал.

З цієї метою було сформовано дві групи порівняння з різними рівнями спроможності утримання у когорті. Для цього, шляхом ретроспективного аналізу, було проведено багатофакторне порівняння первісного (2010 рік) складу когорт з точки зору того, залишились вони на третій рік спостереження у когорті (група з високою спроможністю утримуватись у когорті — 160 осіб, залежних від алкоголю, та 52 особи, залежні від наркотиків) чи залишили її (група з низькою спроможністю утримуватись у когорті — 136 осіб, залежних від алкоголю, та 99 осіб, залежних від наркотиків).

Третій рік, як критерій оцінки спроможності утримуватись у когорті, було обрано цілком через технічні причини. Менший термін (на другий рік) виявився непридатним через незначні відмінності поточної чисельності груп від первісного рівня цієї характеристики, а більший (на четвертий, чи п'ятий рік) — через занадто малу чисельність осіб, що залишились у когорті.

Оцінювання численних параметрів із розрахунком їхніх діагностичних коефіцієнтів та мір інформативності дозволила на цьому ґрунті створити відповідні діагностичні таблиці для оцінювання реабілітаційного потенціалу шляхом їхнього застосування у стандартній послідовній процедурі Вальда, а також скласти узагальнений образ особи із високою і низькою спроможністю утримуватись в межах лікувально-реабілітаційної програми, тобто особи з низьким і високим реабілітаційним потенціалом відповідно.

Сукупність описаних вище даних свідчить на користь робочої гіпотези про те, що — висока спроможність утримуватись у когорті означає високу потребу у продовженні лікування, тобто — про низький реабілітаційний потенціал, і навпаки — низька спроможність утримуватись у когорті свідчить про ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів і, відповідно, про високий реабілітаційний потенціал.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

О. С. Самойлова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Аналіз спадкової обтяженості розладами наркологічного профілю у хворих із залежністю від психоактивних речовин у лонгітудинальному когортному дослідженні

Автори багатьох досліджень з наркології наголошують, що важливим фактором ризику рецидиву вживання психоактивних речовин є несприятливий родинний анамнез, тобто спадкова обтяженість наркоманією або алкоголізмом в сім'ї значно підвищує вірогідність розвитку рецидиву при багатьох станах залежності.

Мета дослідження — визначення впливу спадкових та середовищних факторів на перебіг адиктивних розладів (тютюнопаління, алкоголізму, наркоманії, ігроманії тощо) та реабілітаційний потенціал хворих наркологічного профілю.

Всього обстежено 435 осіб із залежністю від алкоголю, психоактивних речовин, або з іншими станами залежності (діагностику станів залежності проводили за критеріями МКХ-10), за період 2010—2015 рр.

Дослідження проводили за допомогою батареї тестів, що включала опитувальник виразності психопатологічної симптоматики L. R. Derogatis et al. Symptom Check List — 90 Revised (SCL-90 R), шкалу оцінки якості життя за методикою J. E. Mezich et al., а також спеціальні скринінг-тести для комплексного оцінення адиктивного статусу респондентів.

Визначення внеску генетичних та середовищних факторів у формування станів залежності проводили методами популяційної генетики.

Гібридність пробандів оцінювали за ступенем екзогамії їхніх батьків, що відбиває генетичну віддаленість їхнього шлюбу. З'ясовували національність і точне місце народження батьків обстежуваних. У відповідності до отриманих даних всі родоводи були поділені на 4 групи

за ступенем гібридності. До I групи віднесли мононаціональні шлюби, причому чоловік і жінка походили з одного села; до II групи гібридності віднесли також мононаціональні шлюби, але чоловік і жінка походили з різних сіл або з одного міста; до III групи гібридності відносили шлюби між особами, приналежними до різних народів, але в межах однієї етнічної групи (наприклад, слов'яни); в IV групу гібридності ввійшли особи, що походили від шлюбів осіб, приналежних до народів різних етнічних груп.

Під час аналізу родоводів враховували вік пробанда і його родичів та кількість родичів I й II ступенів споріднення. Причому, враховували тільки тих родичів, про яких вдалося одержати точні відомості, але не тих, про які було відомо лише те, що вони існують.

Для оцінки ролі гібридності у формуванні схильності до мультифакторіальних захворювань був проведений генетичний аналіз опійної наркоманії.

Під час вивчення середніх показників кількості родичів з наркологічними розладами різних категорій, а також індексу спадкової наркообтяженості в групах залежних від алкоголю та залежних від наркотиків встановлено, що серед родичів I ступеня споріднення осіб з залежністю від алкоголю найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від алкоголю, а серед родичів I + II ступеня споріднення осіб з залежністю від наркотиків спостерігається найбільша кількість осіб серед родичів з залежністю від тютюну. Таким чином, розповсюдженість тютюнопаління в родинах пацієнтів, уражених розладами наркологічного профілю, перевищує поширеність пияцтва,

Отримані дані вказують на роль тютюну не тільки як «онтогенетичного», а й «філогенетичного» каталізатора формування залежностей до психоактивних речовин.

УДК 616.89-008.441.13-037-036.66:001.8

О. С. Самойлова

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Прогнозування реабілітаційного потенціалу в когорті хворих наркологічного профілю протягом п'ятирічного лонгітудинального спостереження

Реабілітація відіграє одну з головних ролей у системі лікувальних наркологічних заходів, тому що значно покращує якість життя пацієнтів та їхніх родичів. У зв'язку з цим стає необхідним визначення поняття «реабілітаційний потенціал» у хворих наркологічного профілю, у який включається велика кількість психофізіологічних показників, що відображають функціональний стан різних органів і функціональних систем, особистісні особливості індивіда, а також соціально-середовищні та професійні чинники.

Мета дослідження — визначення реабілітаційного потенціалу обстежених пацієнтів і розроблення методики його прогнозування шляхом аналізу результатів лікувально-реабілітаційних втручань, тривалості і якості терапевтичних та спонтанних ремісій.

Дослідження проводилось із січня 2010 р. і триває дотепер (тобто до грудня 2015 р.), когорти формувались із хворих зі станами залежності різного походження. Всього обстежено 435 осіб.

Були використані: опитувальник виразності психопатологічної симптоматики L. R. Derogatis et al. Symptom

Check List — 90 Revised (SCL-90 R); шкала оцінки якості життя за методикою J. E. Mezzich et al., а також спеціальні скринінг-тести для комплексного оцінення адиктивного статусу респондентів.

Відомо, що інформація, яку надають про себе хворі наркологічного профілю, часто виявляється не дуже надійною. Між тим засади доказової медицини вимагають спиратися лише на твердо встановлені факти.

Такою надійною інформацією є динаміка чисельності когорт, що досліджуються.

Протягом п'ятирічного спостереження відбувалося поступове зменшення когорти як серед респондентів, залежних від алкоголю, так і серед респондентів, що були залежні від наркотичних речовин. На другий рік у когорті залишилося 63,85 % хворих на алкогольну залежність та 65,66 % хворих на наркотичну залежність. На третій рік ці показники склали 54,05 % та 34,44 %, на четвертий — 40,20 % та 25,83 % і на п'ятий рік — 34,12 % та 19,21 % відповідно.

Сукупність отриманих у проведеному дослідженні даних свідчить про те, що — висока спроможність утримуватись у когорті означає високу потребу у продовженні лікування, тобто — про низький реабілітаційний потенціал, і навпаки — низька спроможність утримуватись у когорті свідчить про ефективність проведених лікувально-реабілітаційних заходів і, відповідно, про високий реабілітаційний потенціал.

Визначені маркери високого та низького реабілітаційних потенціалів у хворих, залежних від різних психоактивних речовин. Зокрема показано, що найбільш інформативними маркерами високого реабілітаційного потенціалу в осіб, залежних від алкоголю, є: усвідомлення наявних проблем у спілкуванні із членами родини та найближчим оточенням, а також відносно низькі (до 10 стандартних доз алкоголю) середні добові дози алкоголю, що вживались у «п'яні дні» протягом останнього місяця перед зверненням по наркологічну допомогу.

дистрес у батьків після пренатального діагнозу у порівнянні з постнатальним діагнозом. Автори наголошували, що найбільший рівень дистресу спостерігався, якщо аномалію плода було виявлено між 22 та 30 тижнями вагітності. Незважаючи на те, що методологія дослідження обмежує можливості передбачити, які жінки перебувають в групі ризику щодо виникнення психологічного дистресу після пренатального діагнозу ВВС, ми спробували дослідити дану тему.

Метою нашого дослідження було визначення психоемоційного стану вагітних жінок, у яких виявлена фетальна ВВС. Дослідження проводилось на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». Було обстежено 13 вагітних жінок з ехокардіографічно підтвердженою ВВС у плода. Всі жінки були після 20 тижня гестації, віком від 23 до 33 років, та 9 чоловіків, віком 25—35 років. Для оцінення психоемоційного стану ми використовували Госпітальну шкалу тривоги та депресії (Hospital anxiety and depression scale (HADS)). Визначення психоемоційного стану вагітних показало, що 4 (30,77 %) вагітних мали клінічні ознаки тривожних та/або депресивних розладів та 1 (7,69 %) вагітна мала тільки субклінічні прояви тривоги. Серед чоловіків 3 (33,33 %) особи мали клінічні ознаки тривоги та депресії.

Така ситуація вказує на необхідність залучення лікаря-психолога (медичного психолога) до мультидисциплінарної команди, яка опікується сім'ями з пренатальним діагнозом ВВС. Зрештою психологи зможуть допомогти проаналізувати вплив пренатального та постнатального діагнозу ВВС на психоемоційний стан подружжя та розробити комплексну систему психологічної допомоги дітям з ВВС, починаючи вже з етапу пренатальної ультразвукової діагностики вади та протягом подальшого віддаленого медико-психологічного супроводу.

УДК 616.89-008.441-055.2:615.851:001.8

В. М. Сінайко, Л. Д. Коровіна

*Харківський національний медичний університет,
м. Харків*

Клінічні особливості тривожних станів у жінок при соціальній дезадаптації їх матерів

Тривога стає хронічним явищем в умовах сучасного світу як універсальний психофізіологічний феномен, що виникає як реакція на наявність нерозв'язаних актуальних причин. Не завжди видимі стресові впливи є базисом формування патологічної тривоги.

Під нашим спостереженням перебували 10 пацієнток у віці 18—27 років із діагнозом генералізований тривожний розлад. У клінічній картині захворювання переважали скарги на тривогу, епізоди панічних станів, прояви соціофобії, також було виявлено соматичні еквіваленти тривоги. Оцінення анамнезу дозволило виявити в усіх обстежених наявність психотравмуючих ситуацій, пов'язаних із загибеллю друзів, розлукою з близькими та родичами, погіршенням фінансового стану. Ці ситуації охоче обговорювались хворими, які неодноразово підкреслювали їх актуальність і намагались пов'язати виникнення проявів тривоги саме з ними.

Всі хворі виросли у неповних сім'ях, причому виховувались матерями в умовах гіперопіки. У матерів обстежених пацієнток також було виявлено тривожні реакції та ідеї провини, які не досягали клінічного рівня. Вони в основному були пов'язані із успішними спробами

УДК 616-053.31:612.12:616-073.48

А. Ю. Сидоренко

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України» м. Київ

Материнський та батьківський психологічний дистрес після пренатального ультразвукового дослідження вродженої вади серця у плода

Клінічно значима вроджена вада серця (ВВС) спостерігається в 3 % новонароджених. Разом з тим, ультразвукове дослідження та інвазивні пренатальні тести спричиняють значний посттравматичний стрес, депресію та тривогу у вагітних жінок. Пренатальна діагностика вроджених вад корелює зі значним психологічним дистресом, що продовжується протягом 6 тижнів після виставленого діагнозу. Більше того, деякі дослідження повідомляють, що тривога впливає на функціонування судинної системи як матері так і плода. Переривання вагітності через вроджену аномалію плода також асоціюється з високим рівнем психологічного дистресу у жінок.

Для вчасного виявлення та попередження небажаних наслідків вроджених аномалій рекомендована рання пренатальна ультразвукова діагностика, що допомагає лікарям вчасно спланувати пологи та лікувальні заходи, а батькам — поступово підготуватись морально до пологів та таким чином знизити післяпологовий стрес. В літературі повідомлялось про підвищений психологічний

улаштування свого особистого життя протягом останніх декількох років (повторний або громадянський шлюб).

Комплекс лікувальних заходів включав антидепресанти, анксиолітики, психотерапію. У ході лікування було виявлено конфлікти між успішними спробами самореалізації пацієнток та збереженням їх пасивної ролі у взаєминах із матерями. При цьому основні психотравмуючі ситуації та фобічні стани відтіснялись на другий план.

Було виявлено навіть випадки, коли цілком успішні в соціальній сфері жінки, що проживали окремо від матерів, відмічали погіршення психічного стану та зменшення активності саме після їх відвідування матерями. Подібні випадки потребували трансформації індивідуальної психотерапевтичної програми у сімейну психотерапію.

Результати дослідження підтверджують важливість урахування внутрішньосімейних взаємовідносин під час проведення психотерапії тривожних станів у жінок молодого віку.

УДК 616-001:616.45-001.1/3-055.2-008.47

А. М. Скрипніков, Л. О. Герасименко, Р. І. Ісаков
ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія»,
м. Полтава

Ризик розвитку психосоціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом

З досить великого арсеналу поданих в літературі конституціонально-біологічних і соціально-психологічних факторів необхідно виокремити основні фактори, які відіграють провідну роль у розвитку психосоціальної дезадаптивної поведінки у пацієнтів з невротичними розладами. В процесі нашого дослідження ми прагнули виокремити прогностичні чинники формування дезадаптивної поведінки та розробити систему терапевтичних заходів, раннього прогнозування та профілактики.

За допомогою шкали ступеня вираженості соціальної дезадаптації індивідів (І. П. Артюхова, 2009) і запропонованої нами «Шкали психосоціальної дезадаптації», спрямованої на більш повне розкриття особливостей психосоціальної дезадаптації пацієнтів у різних сферах діяльності обстежено 42 жінки з діагнозом посттравматичний стресовий розлад. Всі пацієнтки надали інформовану згоду на участь у дослідженні.

За результатами обох методів отримано дані про домінування у цієї групі інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації. Ця форма дезадаптації розвивалась у результаті зриву адаптивних механізмів поведінки у відповідь на дію суб'єктивно значимих психотравмуючих інформаційних факторів, на фоні астеничних, сензитивних, компульсивних і педантичних рис характеру, загальної інтровертованості. Найбільш важливим і поширеним фактором інформаційного варіанту психосоціальної дезадаптації у жінок цієї групи стала ситуація надмірного інформаційного стресу на фоні особистісної сензитивності та інтровертованості, іноді педантичності. Однаково важливими патогенними факторами у таких випадках були як преморбідна вразливість особистісних і поведінкових механізмів реагування на стрес, так і фактор суб'єктивної значимості та інформаційної сили самого фактору психогенного стресу. На відміну від інших видів дезадаптації, інформаційний варіант психосоціальної дезадаптації переважно розвивався майже синхронно із розвитком власне посттравматичного стресового розладу. Клінічна симптоматика невротичного генезу

справляла патопластичний вплив на розвиток дезадаптації, суттєво ускладнюючи її перебіг, заважаючи спробам відновити адаптивні механізми реагування на життєві ситуації у обстежених жінок. Ситуація зриву захисних психологічних механізмів ускладнювалась неконструктивним типом внутрішньої хвороби, що не дозволяв повністю усвідомити свій реальний стан і виробити конструктивні шляхи його подолання. Підвищенню рівня реактивної тривожності сприяли риси надконтролю, педантичності, що посилювали стрес від фрустрації потреби у самовпевненості, творчій самореалізації. Поєднання вищевказаних особистісних рис та розвиток механізмів фрустрації сприяли зниженню нервово-психічної стійкості і подальшому ускладненню адаптивного реагування на інформаційні стреси. Ці основні групи взаємопов'язаних факторів і механізмів інформаційної дезадаптації тою чи іншою мірою були присутніми в усіх обстежених жінок із посттравматичним стресовим розладом та інформаційним варіантом психосоціальної дезадаптації. За даними дослідження стану соціальної дезадаптації у жінок із посттравматичним стресовим розладом, у 73,55 % було визначено її інформаційний варіант, та по 26,45 % — виробничий (службовий) і змішаний варіанти. Економічної та сімейної соціальної дезадаптації не було діагностовано у жодної із жінок цієї групи.

Таким чином, виявлені за результатами досліджень жінок із посттравматичним стресовим розладом прояви дезадаптації є наслідком констеляції психопатологічних, патофизиологічних та негативних соціально-психологічних чинників.

УДК 616-092.19

І. К. Сосін, Ю. Ф. Чуєв, О. Ю. Гончарова
Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків

Лазерний тест на ідентифікацію латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності в умовах хронічного стресу

До ключових діагностичних ознак, що вірогідно підтверджують факт наявності патологічної залежності від алкоголю або наркотиків, міжнародна клінічна наркологія відносить синдром позбавлення алкоголю або наркотиків (похмільний, абстинентний синдром). Так, відповідно до Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-10), у рейтинговій клініко-психопатологічній і соматоневрологічній структурі стану відміни, тремор посідає перше місце. Візуальним проявом тремору є стереотипні, ритмічні, коливальні рухи, які можуть виникати в будь-якій частині тіла. Виразність тремору в період абстинентних розладів при станах патологічної залежності досить поліморфна, як за ступенем виразності, локалізації, так і за типовою динамікою прискореного наростання: від ледь помітного, латентного, субклінічного, до крупно-розгонистого тремору пальців рук. Добре відомо, що прояви тремору у наркохворих значно посилюються в умовах хронічних стресових навантажень (психогенні стани, соматоформні порушення, конфліктні ситуації, хронічна втома та ін.). Питання підвищення ефективності діагностики та ідентифікації тремору при алкогольному і наркотичному абстинентному синдромі є однією з найважливіших задач кабінетів оглядів на стан сп'яніння, в яких працюють, у тому числі, чергові лікарі районних та міських лікарень (хірурги, терапевти, інфекціоністи, фтизіатри та ін.).

Нами розроблений спосіб експертно-діагностичної ідентифікації латентного тремору при алкогольній та наркотичній залежності шляхом комплексної перевірки здатності випробуваного виконувати тестові завдання на точність координації цілеспрямованих сенсомоторних рухів та дій, за допомогою лазерного тесту. Лазерний тест виявляє спроможність пацієнта шляхом візуально-мануального наведення лазерного променя від лазерної указки на розташовану на відстані 2—3 метрів від пацієнта стандартну стрілецьку спортивну мішень та фіксацію променя в межах центру («десятки») протягом 5—10 секунд. У разі появи у процесі 2—3-кратного виконання тесту спровокованого тремтіння у формі коливання лазерного «зайчика» за межі «десятки», тест на наявність тремору вважається позитивним, а тяжкість тремору оцінюється в пропорційній залежності від амплітуди коливань променя. При коливанні лазерного зайчика за межі центрального кола мішені («десятки») діагностують наявність латентного тремору. Спосіб дозволяє підвищувати ступінь провокації візуальних ознак тремору за рахунок ускладнення тесту: а) збільшення відстані мішені від респондента, що об'єктивізує та полегшує якісну та кількісну ідентифікацію тремору; б) утримання лазерної указки лівою (неведучою) рукою.

Обстежено 25 пацієнтів з алкогольною, та 25 пацієнтів з наркотичною залежністю. Візуальна наявність тремору та його тяжкість у всіх 100 % пацієнтів збіглися з результатами тестування запропонованим способом. Стан тремору визначали таким способом. У разі спроможності утримання лазерного променя в межах десятки — тремор відсутній; наявність коливань лазерного зайчика в межах 9-го — 7-го кіл мішені визначають наявність помірного тремору; в межах 6-го — 4-го кіл — наявність середньої важкості тремору; від 3-го — 1-го та 0-го кола — ідентифікують тяжкий тремор.

Були також обстежені по 25 хворих з алкогольною та наркотичною патологією в період гострої інтоксикації (сп'яніння) та абстинентних розладів, в яких візуальні ознаки тремору були відсутні. За допомогою запропонованого способу із застосуванням лазерного тесту спровокований тремор був ідентифікований у 98,3 % пацієнтів.

Таким чином, запропонований спосіб дозволяє підвищити ефективність діагностики та ідентифікації тремору при алкогольному і наркотичному абстинентному синдромі. Спосіб значно підвищить якість вирішення диференціально-діагностичних питань в кабінетах експертизи станів сп'яніння.

УДК 378.147: 004.77: 378.046 — 021.68: 616

*И. К. Сосин, А. Н. Хвсюк, В. Г. Марченко,
С. А. Рудой, Ю. Ф. Чуев, Е. Ю. Гончарова*

Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков

Интегрированные подходы к реформированию системы последипломного образования врачей, занятых в клинической сфере коморбидных патологий, представляющих угрозу здоровью и социальному благополучию нации

За последние годы в украинской медицинской науке и практике актуализировались патологии, которые в своем взаимопотенцирующем коморбизме оказывают масштабное негативное воздействие на показатели здоровья нации, качества и продолжительности

жизни. К таким патологиям относится, прежде всего, наркотизм, а также тяжелые последствия наркотизма: ВИЧ/СПИД, вирусный гепатит, туберкулез, девиантно-делинквентное поведение в форме преднамеренного инфицирования ВИЧ, венерическими заболеваниями и других правонарушений, связанных с оборотом наркотиков. Концептуальное рассмотрение данной формы коморбизма, ее мониторинга, эффективной терапии и реабилитации, в аспекте единой концептуальной медико-социальной, наркологической, инфекционной ВИЧ/СПИД, дермато-венерологической, фтизиатрической, сексопатологической, дидактической, информационной проблематики, требует обновления учебных программ и методов обучения, чтобы соответствовать научно обоснованным международным рекомендациям.

Кафедра наркологии ХМАПО совместно с UNODC (Управление ООН по наркотикам и преступности) имплементировала богатый авторский и мировой опыт по лечению наркотической зависимости (немедикаментозные методы, интегрированные подходы к терапии при сочетанной патологии, лечение агонистами опиатных рецепторов, заместительная и поддерживающая терапия, система UNODC TRITNET и др.) в четыре специальных учебных модуля, которые на 20 % обновили программы последипломного обучения. Основными темами обучающих программ стали: скрининг, оценка и планирование лечения; элементы психосоциальных вмешательств; мотивационные вмешательства; когнитивно-поведенческая терапия; медикаментозное лечение зависимости и заместительная терапия и работа со специальными группами населения. Обновленные учебные программы используются кафедрой с сентября 2014 года и имеют хороший результат реализации, 31 врач-нарколог работает в регионах нашей страны по адаптированным международным инновационным стандартам. Создан Ресурсный тренинговый центр ХМАПО, который позволил внедрить новые дискретные, модульные и интегрированные формы последипломного обучения врачей, занятых в лечении коморбидной патологии (наркотической, ВИЧ/СПИД, вирусных гепатитов, туберкулеза). Широкие технические возможности Ресурсного центра позволяют использовать все организационно-дидактические формы и приемы обучения врачей (объединенные лекции, межкафедральные семинары, очно-заочные формы, дистанционные телекоммуникационные формы), т. к. располагает подготовленными специалистами всех необходимых направлений (дерматовенерологи, инфекционисты, фтизиатры, психиатры, психотерапевты, психологи и др.).

Разрабатываются современные информационные и дидактические формы подготовки специалистов, которые основаны на принципиально новых системах контроля знаний (SMART SENTEО, Интерактивный компьютерный комплекс). На этапе внедрения в последипломный процесс находятся новые циклы для преподавателей смежных кафедр, для специалистов, работающих в кабинетах заместительной терапии фтизиатрического профиля, для врачей-соматологов, занятых проблемами диагностики состояния опьянения в условиях ВИЧ.

Стратегической перспективой расширения методов интегрированного обучения в масштабах страны является имеющаяся в Украине сеть вузов и профильных кафедр, имеющих отношение к преподаванию психиатрии и наркологии, так как это реальные предпосылки следующего этапа в распространении накопленного опыта кафедры наркологии ХМАПО.

УДК 616.853-053.2-036.2

Л. М. Танцура, О. В. Сергієнко, А. В. Шатілло
 ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
 НАМН України», м. Харків

Обґрунтування та досвід створення загальнонаціонального реєстру дітей, хворих на епілепсії

Епілепсія є однією з найпоширеніших хвороб нервової системи, поширеність якої, за різними оцінками, сягає біля 1 % населення. Дитячі форми епілепсій мають декілька суттєвих особливостей, не притаманних загальній популяції хворих, а саме: більша захворюваність ніж у дорослій популяції, наявність «злоякісних» та «доброякісних» синдромів, велика різноманітність типів нападів, наявність синдромів, які потребують специфічних підходів до лікування, значний вплив на якість подальшого життя дитини і, насамкінець, великі фінансові витрати для родини та суспільства при багаторічному хронічному перебігу. В Україні існують державні та місцеві програми забезпечення антиепілептичними засобами дітей-інвалідів з епілепсіями.

Усе вищезазначене ускладнює або навіть робить неможливим адекватне забезпечення якісною епілептологічною допомогою усього контингенту хворих — первинні ланки педіатричної або неврологічної служби не в змозі у повному обсязі надавати кваліфіковану епілептологічну допомогу, а кількість та локація епілептологічних центрів чи фахівці-епілептологи не забезпечують належної доступності такої допомоги в усіх регіонах України.

В Україні наразі не існує механізму контролю та адміністрування епілептологічної допомоги дітям, що призводить до унеможливлення статистичного оцінення епідеміологічних характеристик хвороби, якості надання цієї допомоги та оптимізації державних витрат. На нашу думку, вирішити вищезазначені питання може створення загальнонаціонального електронного реєстру хворих на епілепсію.

У ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України» створено та розпочато тестування і адаптацію пілотного варіанта реєстру дітей, хворих на епілепсії. До реєстру вноситься інформація, отримана від лікарів первинної ланки, переважно дитячих неврологів, та фахівців-епілептологів щодо дітей, хворих на епілепсії, які перебувають у них на спостереженні. Також проводиться збирання даних опитування батьків, які при зіставленні з лікарською інформацією дозволяють оптимізувати набір даних для реєстру та робити висновки про якість надання медичних послуг. У збиранні даних беруть участь фахівці Харківської та Закарпатської областей України, що надає можливість оцінювати регіональні особливості епілептологічної допомоги дітям.

УДК 616.857-053.7-08:615.847

О. Л. Тондй, Е. П. Завальная, С. Н. Коренев
 Харьковская медицинская академия последипломного
 образования, г. Харьков

Особенности коррекции головных болей напряжения у лиц молодого возраста с использованием физических факторов

Как известно, головные боли напряжения входят в симптомокомплекс проявлений воздействия хронического стресса и хронической усталости на организм

человека. Целью нашего исследования явилась оценка эффективности физических факторов в комплексной коррекции головной боли напряжения (ГБН) при вегетососудистой дистонии у лиц молодого возраста.

ГБН развивалась при психическом перенапряжении, в результате хронического стресса и в результате длительного напряжения мышц. Мышечное напряжение чаще было связано с неудобной позой при длительном сидении у компьютера, во время учебы, работы, связанной с длительным зрительным напряжением, повышенной концентрацией внимания.

Усиление головной боли провоцировалось эмоциональным стрессом, сменой погоды, сильным ветром, голоданием, работой в душном помещении, умственным и физическим переутомлением, работой и учебой в ночное время, особенно при подготовке к экзаменам, неправильной осанкой при сидении, иногда приемом алкоголя. Головная боль давящего, сжимающего характера охватывала всю голову в виде «каска» или «шапочки, надетой на голову», чаще начиналась с шейного отдела позвоночника и затылочной области, постепенно захватывая всю голову. Имела двусторонний характер, умеренной интенсивности, достаточно продолжительная по характеру. У всех лиц молодого возраста с синдромом вегетативной дистонии, независимо от клинических проявлений, наблюдался синдром общей дезадаптации в виде повышенной утомляемости, снижения физической активности, повышенной чувствительности к изменению метеоусловий, вялости, пониженной работоспособности.

В группу обследованных вошли 46 студентов в возрасте от 18 до 23 лет, которые предъявляли жалобы данного характера. Всем больным проводили общеклиническое, неврологическое и психологическое обследование. Интенсивность головной боли оценивали по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) и составляла она от 5 до 8 баллов.

Контрольную группу составили 20 лиц молодого возраста, которые принимали только базисную медикаментозную терапию.

В основную группу вошли 26 человек, которые, на фоне основной медикаментозной терапии, получали токи Дарсонваля (индивидуально подобранные параметры электрического тока) на волосистую часть головы и шейно-воротниковую зону, а также переменное магнитное поле (индукция 27 мТл, частота до 100 Гц) вдоль позвоночника на шейно-грудной отдел. Предложенные физические факторы оказывают противотоническое, вентонизирующее, обезболивающее, миорелаксирующее действие, улучшают реологические свойства крови и микроциркуляцию. Кроме того, данные факторы кумулируют и потенцируют действие друг друга.

В результате лечения в обеих группах число пациентов с нормотоническим типом вегетативной реактивности увеличилось, уменьшилась интенсивность головных болей. Однако в основной группе положительный эффект был более выраженным по сравнению с контрольной. Интенсивность ГБН снизилась до 0—2 баллов в основной группе у 21 человека, тогда как в контрольной — до 2—4 баллов у 13 пациентов. Данные методики в комплексном лечении оказывали корригирующее действие и на эмоциональный фон обследованных, и на их когнитивные функции. Отмечался выраженный эффект в виде улучшения способности к концентрации внимания (у 19 человек из основной и у 14 человек из контрольной группы), повышения работоспособности и эмоционального тонуса (у 23 пациентов основной

и 16 — из контрольной группы). Все пациенты из обеих групп отмечали субъективно улучшение качества жизни, однако студенты из основной группы указывали на более выраженный эффект от лечения.

Вышесказанное позволяет рекомендовать включение сочетания токов Дарсонваля и переменного магнитного поля в комплексное лечение головных болей напряжения. Данные физические факторы доступны, просты в использовании и позволяют ускорить ремиссию на всех этапах лечения и реабилитации.

УДК 616.5-001/-02-053.7:616.895

О. А. Усков

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особенности копингу у подростков з atopическим дерматитом

Атопический дерматит (АД) — хроническое аллергическое заболевание, которое развивается у лиц с генетической предрасположенностью к atopии и характеризуется рецидивным течением, типичными высыпаниями, повышением уровня IgE и гиперчувствительностью к специфическим (аллергенам) и неспецифическим раздражителям. За данными разных эпидемиологических исследований заболеваемость на АД колеблется от 6,0 до 25,0 на 1000 населения и имеет тенденцию к увеличению. В Украине, за данными официальной статистики, колеблется в пределах 3—10 на 1000 детей. Одним из наиболее важных особенностей АД у детей является раннее начало и быстрое формирование хронических форм [4]. Приоритетом длительной терапии АД является хроническая патология — превентивная стратегия, целью которой — обеспечение контроля заболевания путем профилактики рецидивов.

Враховуючи поширеність АД серед дітей, тенденцію до важкого перебігу, інвалідизуючі наслідки хвороби, визначення психоемоційних стресорів як тригерів загострень дерматозу, вивчення та вплив на психологічні фактори перебігу АД є одним з пріоритетних напрямків у терапії захворювання.

Метою роботи було визначити поведінкові паттерни подолання стресу у підлітків, які хворіють на АД.

Для оцінки копингу було застосовано опитувальник «Способы преодоления поведения» Р. Лазаруса.

У дослідженні взяли участь 108 дітей з АД — основна група (ОГ, 67 дівчат та 41 хлопців), та 48 соматично здорових підлітків, які склали групу порівняння (ГП, 29 дівчат та 19 хлопців).

Загальний спектр психологічних труднощів у підлітковому віці стосувався міжособистісних стосунків, навчання, самовираження і самовизначення. Психологічні проблеми, пов'язані з хворобою були такими:

психолого-сенсорні — повторювані неприємні відчуття на шкірі (свербіж, сухість, біль при наявності пошкоджень цілісності шкірного покриву);

психолого-візуальні — видимі симптоми хвороби; терапієобумовлені;

обмежувальні — необхідність дотримуватися обмежень у зв'язку з потребою уникати потенційних провокуючих рецидиви хвороби факторів.

Аналіз вираженості типів копингу у опитуваних виявив відмінності ступеню їх прояву між підлітками в ОГ та ГП. У ОГ були вищими рівні копингу орієнтованого на конфронтацію, дистанціювання, уникнення, пошук соціальної підтримки. Переважний вибір стратегій дистанціювання, уникнення та пошуку соціальної підтримки підлітками

вказував на незрілість адаптаційних механізмів психіки у стресових ситуаціях та потреби у залученні зовнішнього ресурсу.

Таким чином, під час дослідження було виявлено, що спектр психологічних труднощів у підлітків з АД поряд з притаманними даному віковому періоду проблемами поєднувався та додатково підсилювався за рахунок стресу обумовленого дерматозом; психологічні проблеми, пов'язані з хворобою поділялися на психолого-сенсорні, психолого-візуальні, терапієобумовлені та обмежувальні; у підлітків, які хворіли на АД, напруженість стратегій стрес-долаючої поведінки була вищою у порівнянні з соматично здоровими однолітками; наявні відмінності у виборі копинг-поведінки залежно від статі; велика частка опитуваних з високими рівнями напруженості за типами дистанціювання та уникнення серед підлітків з АД свідчила про необхідність психологічних інтервенцій орієнтованих на корекцію адаптаційного ресурсу.

УДК 616.89-057-053.2:159.9:362.17

С. Г. Ушенин

*Донецкий государственный медицинский университет,
г. Краматорск*

Конфликтные ситуации в семье, как одна из составляющих травматических переживаний детства у пациентов с первым психотическим эпизодом

Патогенетическая модель «стресс-уязвимость», которая рассматривает симптомы шизофрении как результат экзогенного стресса, действующего на уязвимого индивида, по-прежнему сохраняет центральное место в современных теориях данного заболевания. Доказанная связь стрессовых жизненных событий и стрессовой среды внутри семьи с рецидивами у лиц, страдающих шизофренией, добавляет вес этой модели и ее предсказаниям.

Существует все больше свидетельств того, что испытывавшие какую-либо психологическую травму в детстве, особенно тяжелую форму стресса, в последующем оказываются более уязвимыми для развития психоза. В частности, анализ проспективных исследований показал, что у людей, переживших детские травмы почти в три раза чаще возникали психозы, чем у лиц, не имевших подобных невзгод. Травматические события у детей включают в себя явления сексуального, физического или эмоционального насилия, физического и эмоционального пренебрежения, а также потерю одного из родителей.

Целью нашей работы явилось изучение влияния фактора внутрисемейных конфликтов, как психологических травм детского возраста с последующим развитием психотических состояний.

Нами было обследовано 190 пациентов с первым психотическим эпизодом, а также их родители. Обследование проводилось в форме структурированного интервью, один из разделов которого определял наличие психотравмирующих внутрисемейных факторов в детском и подростковом возрасте у пациентов (возрастной промежуток 3—14 лет).

Анализ полученных результатов показал, что 64 пациента (33,7 %) воспитывались в неполных семьях. При этом лишь в двух случаях (1,1 %) это происходило из-за смерти одного из родителей. Еще два пациента из них (1,1 %) были рождены вне брака. В 47 случаях развод происходил по достижении ребенком трехлетнего возраста.

Кроме того, у пациентов, живущих в полных семьях, в шести случаях (3,2 %) матери вступали в повторный брак, и они воспитывались отчимом.

Родители из полных семей (126 человек), ответили на вопросы анкетирования следующим образом. В 63 (33,2 % от общего числа) случаях отмечалось, что «семья стояла на грани развода из-за частых и сильных конфликтов». Еще 18 (9,5 %) семейных пар сообщило о «периодических конфликтах в семье». Остальные 45 человек (23,7 %) заявили, что «каких-либо серьезных конфликтов в семье не возникало».

Примечательно, что при опросе самих пациентов гораздо более значительное их количество (162 человека или 85,3 %) указали на сильные стрессовые переживания в детском возрасте, связанные с «постоянными конфликтными ситуациями между родителями» (как проживающими в браке, так и находящимися в состоянии развода).

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о высоком уровне травматических событий в детском и в подростковом возрасте у пациентов с первым психотическим эпизодом, связанных с внутрисемейными конфликтами их родителей. Данные, полученные нами, легли в основу дальнейших исследований и в разработку психообразовательных программ для пациентов с первым психотическим эпизодом и членов их семей.

УДК 616.831 – 005.4 – 053.3 – 037

С. В. Федорченко

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Деякі особливості хворих з психогенним запамороченням

Психогенне запаморочення своїм походженням зобов'язане впливу емоційно-стрессового чинника, що деякою мірою підвищує складність діагностичного процесу внаслідок завуальованості афективних проявів.

Найчастіше дана форма запаморочення виникає в структурі невротичних, пов'язаних зі стресом і соматоформних розладів. В окремих випадках — як реакція хворого на наявність важкокурабельної патології головного мозку.

Своєчасна діагностика і лікування психогенного запаморочення становлять особливу важливість і не втратили своєї актуальності до теперішнього часу.

Мета: вивчення особливостей симптоматики у хворих з психогенним запамороченням.

Було обстежено 114 хворих зі скаргами на запаморочення (у віці від 18 до 85 років), які звернулися за неврологічною допомогою. У процесі дослідження використовували клініко-анамнестичний і клініко-неврологічний методи.

Із загальної вибірки обстежених хворих психогенна природа запаморочення була виявлена у 24 пацієнтів, що становило 21,05 % від загальної кількості обстежених. Серед хворих переважали особи жіночої статі — 91,66 %, що розподілилися у двох вікових категоріях: підгрупа 40—60 років становила 54,54 %; меншу підгрупу — 45,46 % випадків склали пацієнти 61—75 років. Хворих чоловічої статі було 8,34 % у віковій категорії 50—70 років.

У процесі аналізу результатів були виокремлені декілька позицій, які відрізняли пацієнтів з психогенним запамороченням: «стертість» початку захворювання — 83,34 % хворих не могли навіть орієнтовно визначити

початок хвороби; тривалість хворобливих проявів — у більшості пацієнтів цей показник обчислювався від одного року і більше.

Однією з відмінних характеристик запаморочення психогенної природи була «несхожість» клінічних проявів на симптоматику інших форм запаморочення: аморфність, нечіткість і неточність опису хворобливих відчуттів (81,02 % випадки) знижували ймовірність правильної кваліфікації симптомів, нерідко переводячи їх у ранг соматичних порушень і відкидаючи можливість отримання кваліфікованої допомоги деколи на роки.

Таким чином, психогенне запаморочення частіше зустрічається у жінок; найбільш схильна вікова категорія хворих від 40 до 60 років; діагностичні заходи щодо хворих з психогенним запамороченням необхідно проводити з урахуванням особливостей даної патології.

УДК 616.895.8:001.11

О. О. Фільц

*Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького, м. Львів*

Шизофренія як розлад очевидності (тези концепції)

1. Центальною гіпотезою концепції є визначення базового порушення, що лежить в основі шизоморфного модусу пізнання реальності — розладу очевидності. Цей модус може мати стосунок до еволюційно-біологічної потреби людини розширювати пізнання, піддаючи сумніву очевидність реального.

2. Задовільного визначення очевидності — нема. Найчастіше вживають просте її описування як загальноприйнятої гадки, думки або враження, що не підлягає сумніву (з позицій здорового глузду — *common sense*).

3. Це визначення потребує розширення й уточнення: очевидне — це таке, сприймання чого **не підлягає сумнівам з позицій загальноприйнятої на даний час сукупності інтерпретацій або розуміння, що називається здоровим глуздом (*common sense*)**.

4. Таким чином:

а) очевидність є **похідною** від актуального суспільно значимого здорового глузду (*common sense*);

б) очевидність є одним із головних (а нерідко і остаточних) аргументів у вирішенні питання про **реальний** стан речей (сутностей), де аргумент слід розуміти як доказ, що базується на погодженні усіх сторін.

5. І якщо шизофренію можна розглядати як специфічне порушення очевидності, то із цього припущення випливає таке:

а) цей розлад позбавляє впевненості та однозначності (тобто, піддає сумніву) щодо загальноприйнятої сукупності інтерпретацій і розуміння усякого сприйнятого, тобто **позбавляє аргументи їхньої очевидності у визнанні реальності**;

б) особа з таким розладом «не вписується» у суспільно визначений здоровий глузд (*common sense*), тобто відчуває себе не приналежною до існуючого соціального очевидного;

в) розлад має наслідком формування **власних інтерпретацій та власного розуміння сприйнятої реальності** і, відповідно, власної аргументації, яка не має характеру загальної узгодженості;

г) власні інтерпретації та власне розуміння можуть базуватися не на очевидному, а **на латентному смислі сприйнятої реальності**;

г) сумнів у очевидному, — при відсутності власної суб'єктивної аргументації (особа ще не встигла таку аргументацію випрацювати), — має наслідком розгубленість або недовіру до загальноприйнятого визнання реальності (амбівалентність);

д) якщо первинними при шизофренії є **розлади сприймання**, то вони не інтерпретуються і не переживаються як **неочевидні** (не реальні):

е) в ситуаціях, які посилюють сумніви або недовіру до очевидного, — а це всі ситуації, які вимагають максимального соціального пристосування до загальноприйнятих правил реальності — виникає тривога і посилюється розгубленість;

ж) соціальне пристосування у таких кризових ситуаціях найбільш імовірно через випрацювання двох суб'єктивних інтерпретативних позицій:

— або соціальне оточення є ворожим, не приймає і виштовхує чи ліквідує мене за неприналежність до нього;

— або ж воно (соціальне оточення) наділяє мене особливим статусом;

з) названі дві інтерпретації **у своїй єдності** є основою усякого маячення;

і) усяке маячення, тому, має у собі обидві позиції: і ворожості з боку оточення, і особливого статусу для оточення;

к) маячення блокує будь-які аргументи щодо очевидних фактів реальності.

6. Які ж порушення психічного (омінаючи нейрофізіологічні аспекти проблеми, які є самостійними) можуть відповідати за «розлад очевидності»? Для відповіді необхідний наступний короткий екскурс у проблему.

7. Визнання очевидності у сприйнятті та розпізнаванні реального базується на правилах формального розумування. За дотримання цих правил відповідає **розсудок**, або здатність міркувати, тоді як за пізнання з урахуванням принципів (ідей) відповідальним є **розум**.

8. Розлад очевидності, який має стосунок до **загальноприйнятої і безсумнівної** інтерпретації реального, є порушенням у застосуванні **правил розумування**, але не **обов'язково уяви та ідей**. Це могло б означати, що при порушенні очевидності (шизофренічній диспозиції), **розум як здатність мати уяву і давати ідеї, залишається інтактним**.

9. Розсудок, що діє за загальними правилами, є базовою основою пізнання предметної реальності — на рівні із чуттєвістю (здатністю сприймати). Тобто, предметна реальність дана нам або через чуттєвість (сприймання) або через здатність надавати чуттєво сприйнятим предметам понятійне визначення, тобто через розсудок. Образно кажучи: сприймання без поняття є сліпим (рефлексом), а поняття без сприймання — пустим (фікцією). Тому шизофренічний розлад призводить або до сліпоти у сприйманні реальності або ж до фікції у її інтерпретації.

10. Розлад очевидності, таким чином, полягає у такому порушенні схильності до утворювання загальноприйнятих понять, а відтак і інтерпретацій очевидної реальності, **з утворенням «інакших» понять**, які не мають під собою **соціально узгоджених аргументів** та конотацій.

11. Так звана **шизоморфна диспозиція**, що відповідає за «інакшість» інтерпретацій очевидного і за пошук неочевидних аргументів, може виявитися **еволюційно необхідним механізмом** для розвитку пізнання — в частині пошуку нестандартних і нових рішень.

12. Якщо розглядати шизофренію як частину єдиного шизоморфного генетичного спектра, то це захворювання

може виявитися необхідною дегенеративною «платою», крайнім варіантом спектра, у якому перехідними формами є пограничні шизофренічні стани, а іншим полюсом — креативна частина шизоїдії, **тобто здатності до нестандартного абстрактного розсудку**.

15. Про те, що шизофренія несе у собі певний біологічно значимий смисл, свідчить **біологічна константність її захворюваності**, у всіх культурах і за усіх соціальних обставин незмінна — 1% населення.

14. Така константність може свідчити про **неухильно обов'язкову** частку осіб у загальнолюдській популяції з дезадаптивним варіантом шизоморфного модусу менталізації. Це, у свою чергу, дає підстави вважати, що високоадаптивна частка таких осіб, — здатних до альтернативного пізнання очевидної реальності, — може бути ще однією біологічно важливою константою.

УДК 616.89-008.447-008.444.9:362.1

І. О. Франкова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
До питання про клініко-психологічні особливості психосоматичних пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією

Відторгнення з боку батьків є предиктором амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з сором'язливою особистістю та знуцаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Надалі пацієнти відчують труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв'язку зі страхом бути відторгненим, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі.

В даний час як критерії гострої соціальної самоізоляції розглядають такі прояви поведінки: більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті; виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини); соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках.

Внаслідок впливу хронічного стресу (фізичне, емоційне або сексуальне насильство, досвід тривалої розлуки або втрати близької людини, знуцання в колективі, роль жертви чи «цапа відбувайла») змінюється вміст «гормона стресу» кортизолу в крові, що стимулює загибель клітин гіпокампа і веде до зниження обсягу префронтальної кори, що, в свою чергу, погіршує подальшу переносимість стресових ситуацій, впливає на життєстійкість особистості і підвищує рівень тривожності.

Дослідження клініко-психологічних особливостей пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією виявило зниження рівня самооцінки за методикою Дембо — Рубінштейн (в модифікації Прихожан А. М.) та рівня домагань, внаслідок тривалого впливу фрустрації. За допомогою Тесту малюнкової фрустрації С. Розенцвейга (Тарабрина Н. В., 1994) було виявлено зниження фрустраційної толерантності. Дослідження агресивної поведінки за допомогою опитувальника Басса — Даркі (А. Басс, А. Даркі, 1957) виявило підвищені рівні непрямої агресії, роздратування (запальність, грубість), негативізму, почуття образи, провини та підозрілості щодо людей та

переконавання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди. Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О. О., 1984) виявила зниження мотивації на досягнення, високий рівень образливості.

Більш детальна діагностика виявляє порушення можливості розпізнавати та регулювати базальні емоції (радість, горе, страх, гнів, інтерес, відроза, презирство, подив, сором, вина), і усвідомлювати власний емоційний досвід. Тоді будь-які події (радісні чи сумні) не отримують емоційного резонансу, оскільки особа фактично відчужена від навколишнього світу (Лурія А. Р., 2003).

У людей, яким важко розрізняти свої звичайні емоції, знижується здатність зчитувати і розпізнавати інформацію невербально, розвивається алекситимія, тобто здатність до емпатії виявляється вкрай обмеженою. Як відомо, алекситимія є предиктором розвитку багатьох психосоматичних розладів, виникає ризик розвитку соматичної патології.

УДК 616.839:615.214-08

К. В. Харіна

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Астенічний синдром у хворих з вегетосудинною дистонією та його корекція

Вегетосудинна дистонія (ВСД) є найбільш поширеною патологією з частотою зустрічальності в популяції населення від 4,8 до 29,1 %. Щорічно реєструється від 1500 до 1700 нових випадків захворювання. На її частку припадає до 15—20 % функціональних розладів серцево-судинної системи.

Астенічний синдром — це один з найбільш поширених синдромів у хворих на ВСД.

Метою нашої роботи стало оцінити вплив препарату гербастрес на астенічний синдром в лікуванні хворих з ВСД.

Нами було обстежено 30 пацієнтів з ВСД (8 чоловіків та 22 жінки) у віці від 18 до 40 років, в клінічній картині яких переважали вегетосудинні та астенічні порушення. Серед пацієнтів, яких було включено в обстеження, переважали жінки. Середній вік хворих був $33,6 \pm 14,7$ роки.

Хворі отримували гербастрес у дозі 1 таблетка 1 раз на добу протягом місяця. Обстеження хворих проводилося перед та після лікування. Майже в усіх хворих спостерігалися різноманітні астенічні та психоемоційні порушення (загальна слабкість, стомлюваність, понижена працездатність, дратівливість, тривожність, фобії, понижений, депресивний фон настрою). Астенічна симптоматика, що спостерігалась у обстежених хворих з ВСД, існувала як у рамках самостійного (астенічного) синдрому, так і входила до структури більш складних невротичних і неврозоподібних, психопатичних і психопатоподібних синдромів. У неврологічному статусі у хворих виявлялася незначна мікстова розсіяна симптоматика, без осередковості. В процесі терапії препаратом гербастрес в усіх пацієнтів відбувалося поступове зниження виразності основних клінічних проявів (вегетативних та астенічних ознак). У пацієнтів зменшувались вегетативні порушення (зменшення або зникнення тахікардії, пітливості, пароксизмальних станів, координаторних, психоемоційних розладів, порушень сну). В ході 1-місячної терапії у хворих спостерігалось поступове помірне зменшення частоти серцевих скорочень і зниження артеріального тиску (як систолічного, так і діастолічно-

го). В усіх пацієнтів зареєстровані позитивні зміни і при проведенні ЕКГ-дослідження. Різні неспецифічні зміни на ЕКГ при відсутності морфологічних змін у серцевому м'язі були обумовлені підвищенням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи і характеризувались синусовою тахікардією, високим, змінним зубцем Т, синусовою аритмією, підвищеним сегментом ST, екстрасистолиєю. Під впливом гербастрес повністю зникли екстрасистолі, нормалізувався серцевий ритм. Негативного впливу на показники периферичної крові, основні біохімічні константи не було. За шкалою астенічного стану виразність астенії на початку дослідження складала 76—95 балів, що відповідало астенії середнього ступеня тяжкості. Середні показники виразності астенічної симптоматики до лікування гербастресом складала $(96,2 \pm 5,6)$ бали, після — знизилась до діапазону «слабка астенія» $(52,7 \pm 5,4)$ бали. Виразність астенії за шкалою астенічного стану на більше ніж один рівень виявлявся у 73 % хворих. У 20 % хворих виразність астенії зменшилась менш ніж на один рівень, що відповідає «помірній ефективності». У 7 % хворих позитивної динаміки астенічної симптоматики не було, стан зберігався на тому ж рівні, що відповідало «низькій ефективності». Після закінчення лікування хворі всіх груп оцінювали динаміку свого стану як «позитивну».

Таким чином, при застосуванні препарату гербастрес у хворих на ВСД відмічено зменшення тяжкості основних проявів вегетативної дистонії, астенічного синдрому.

УДК 616.831-005:577.11-08

К. В. Харіна, Г. В. Лінська

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Гіполіпідемічна терапія у пацієнтів з лакунарними інфарктами

В останній час великі надії на зниження темпу прогресування цереброваскулярної патології, зокрема атеросклерозу пов'язують із застосуванням статинів. Впровадження статинів у нас в країні набуває більш широкого масштабу. Статини розглядаються як неодмінна складова лікувальних програм при цереброваскулярних захворюваннях. Щодо вторинної профілактики мозкових катастроф, спектр ефективних статинів обмежується винятково аторвастатином.

Метою нашого дослідження було дослідити ефективність та безпеку застосування такого аторвастатину як Лівостор у вторинній профілактиці у пацієнтів з перенесеними лакунарними інсультами (ЛІ).

У дослідження було включено 35 хворих, які перенесли ЛІ не пізніше 6 місяців від початку дослідження, з гіперліпідемією. Частка жінок з ЛІ була незначно більшою (18 хворих (51,4 %)). Середній вік хворих склав $(64,7 \pm 9,9)$ роки. Діагноз ЛІ головного мозку було встановлено відповідно до критеріїв TOAST. Ураження невеликих гілок середньо-мозкової артерії (за даними нейровізуалізації) в обох півкулях спостерігалось у 22 випадках (62,9 %), в одній півкулі — у 13 (37,1 %) пацієнтів. Основним чинником ЛІ у більшості пацієнтів була гіпертонічна хвороба III ст. — 21 хворий (60,0 %). В інших випадках це був атеросклероз — 4 хворих (11,4 %), а у 10 хворих (28,6 %) мало місце поєднання обох нозологій. Рівень загального холестерину (ХС) в усіх хворих був вищий за 6,5 ммоль/л. Усі пацієнти на момент дослідження не приймали гіполіпідемічні препарати раніше або припи-

нили їх прийом не менше ніж за 2 місяці до дослідження. Лівостор призначали в дозі 20 мг 1 раз на добу протягом 6 місяців незалежно від прийому їжі в комбінації з терапією іншими препаратами, що входять до вторинної профілактики. Вміст ХС у сироватці крові до початку терапії склав $(6,88 \pm 0,70)$ ммоль/л; показник альфа-холестерину складав $(1,21 \pm 0,32)$ ммоль/л, ліпопротеїди дуже низької щільності (ЛПДНЩ) — $(0,91 \pm 0,35)$ ммоль/л, ліпопротеїди низької щільності (ЛПНЩ) — $(4,76 \pm 0,73)$ ммоль/л, бета-ліпопротеїди — $(72,00 \pm 16,00)$ ммоль/л, рівень тригліцеридів був $(1,99 \pm 1,08)$ ммоль/л. Коефіцієнт атерогенності склав $(4,69 \pm 1,00)$. Після 6 місяців терапії Лівостором рівень загального ХС зменшився до $(4,94 \pm 0,50)$ ммоль/л, тригліцеридів — до $(1,38 \pm 0,92)$ ммоль/л, бета-ліпопротеїдів — до $(56,00 \pm 12,00)$ ммоль/л. ЛПДНЩ знизились до нормальних показників $(0,80 \pm 0,26)$ ммоль/л. Показник альфа-холестерину змінився незначно — $(1,30 \pm 0,25)$ ммоль/л. Коефіцієнт атерогенності знизився до $(3,00 \pm 0,91)$. Побічних проявів і клінічно значущих підвищень трансаміназ, які б зумовили відміну препарату виявлено не було.

Дослідження стану судинно-рухової функції ендотелію за даними проби потік-залежної вазодилатації на початку лікування виявило значне зниження судинно-рухової функції ендотелію в усіх хворих. В процесі лікування визначено суттєве її покращання. У 25,7 % хворих функція ендотелію нормалізувалась (розширення плечової артерії після лікування в пробі потік-залежної вазодилатації складає більш 10 %), у 68,6 % хворих виявлено суттєве збільшення розширення плечової артерії в пробі. У 5,7 % хворих динаміки судинно-рухової функції ендотелію не виявлено. В результаті лікування не було виявлено достовірних змін товщини комплексу «інтима — медіа». До лікування цей показник склав 1,12 мм $(0,75 \div 1,8)$ мм, після лікування — 1,09 мм $(0,67 \div 1,81)$ мм.

Таким чином, при проведенні терапії препаратом Лівостор було виявлено найбільш значуще зниження таких показників, як загальний ХС, ЛПДНЩ, бета-ліпопротеїдів та коефіцієнта атерогенності. Також виявлені нормалізація або суттєве покращання судинно-рухової функції ендотелію. Препарат Лівостор може бути ефективно використаний з метою вторинної профілактики цереброваскулярних захворювань.

УДК 616.895 (477.62)(477.61) «364»

О. О. Хаустова, Н. В. Коваленко

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

Попередній аналіз проблем і скарг внутрішньо переміщених осіб

Вимушена міграція належить до найгостріших проблем сучасного світу, з якою сьогодні зіткнулась і Україна у зв'язку з тривалим військовим конфліктом в Донецькій та Луганській областях, а також після анексії Автономної Республіки Крим. За даними Міністерства соціальної політики, станом на 31 липня 2015 року загальна кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб (ВПО) становить 1 414 800, приблизно 20 000 — з Криму, 743 014 — виїхали за кордон. Із загальної кількості ВПО — 12,6 % діти, 4,2 % — люди з обмеженими можливостями, 23,6 % — працездатного віку, 59,1 % отримують різні види пенсії. Але у зв'язку з тим, що процес встановлення централізованої системи реєстрації досі триває, реальна кількість ВПО залишається невідомою та може бути значно вищою.

Метою дослідження є удосконалення ранньої діагностики психічних розладів у внутрішньо переміщених осіб.

Було проведено пілотне дослідження психічного стану 60 внутрішньо переміщених осіб, що тимчасово проживали в 4 санаторіях Одеської області, в тому числі проаналізовано пасивні і активні скарги (з використанням PHQ, MINI — міжнародне нейропсихіатричне інтерв'ю), а також актуальні життєві проблеми.

За умови інформованої згоди обстежено 60 ВПО, які тимчасово перебували в 4 санаторіях Одеської області. 42 % мали групи інвалідності по різних соматичним і психічним захворюванням, 36 % були пенсіонерами, 22 % здійснювали догляд за хворими родичами. 92 % були свідками психотравмуючих ситуацій, 8 % виїхали раніше.

Близько 90 % обстежених після переселення оцінювали своє матеріальне становище як «погане» або «дуже погане»; 93 % були незадоволені житловими умовами, в яких вимушені перебувати; 36 % відмічали напружені стосунки з сусідами у зв'язку з високою щільністю поселення; 87 % наголошували на відсутності адекватної їжі; 89 % відчували недостатність соціальної допомоги; з проблемами адаптації зіткнулись 44 %; 74 % відчували дискримінацію з боку місцевого населення та співробітників органів місцевого самоврядування; 98 % назвали себе жертвами військових дій; 76 % скаржились на недостатність або недоступність медичної допомоги.

Таким чином, переважна більшість ВПО сприймали своє життя як проблемне, перебували в стані певної дезадаптації, що негативно впливало на стан їх психічного здоров'я. Більшість скаржились на порушення сну (67 %); відчуття безпорадності (58 %); тривоги (52 %); пригнічений настрій (49 %), апатію (47 %); втому, знесилення (44 %); труднощі з зосередженням (34 %); дратівливість (14 %); 12 % мали суїцидальні думки. Батьки повідомляли про негативні зміни у поведінці дітей, зокрема про підвищення рівня страху й агресії. Кілька осіб описували психосоматичні еквіваленти.

Феноменологічно окреслені скарги відповідають депресивним, тривожним і когнітивним порушенням різного ступеня виразності. Вони потребують подальшої верифікації шляхом застосування клінічних шкал PHQ, MINI для визначення оптимальної тактики терапевтичного втручання.

Стан психічного здоров'я ВПО потребує своєчасної діагностики з метою профілактики виникнення психічних розладів. Заходи з охорони психічного здоров'я мають бути зосереджені на виявленні психічних розладів, а також посттравматичного стресового розладу, з використанням скринінгових методик, одразу після прибуття ВПО.

УДК 616.89-008-053.6:616-009

О. В. Чернишов

Одеський національний медичний університет, м. Одеса

Дисморфні больові відчуття у підлітків з психічними розладами

Феноменологія психічних розладів у підлітків описана в працях багатьох фахівців в галузі підліткової психіатрії, побудовано теоретичні концепції, які обґрунтовують клінічні особливості зазначеної патології в даній віковій групі. Як вказують чимало дослідників, клініко-морфологічні прояви психічної патології на початкових етапах захворювання максимально поліморфні і можуть в подальшому реалізуватися в порушеннях сенсорної або

рухової сфери, визначаючи появу неспецифічного соматичного синдрому, зокрема, больового. Проте дотепер не існує наукових робіт, які розглядали б феноменологію дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами.

Також, на даний час недостатньо досліджень, спрямованих на створення та втілення у клінічну практику методичних розробок щодо діагностики та комплексної терапії больових синдромів при психічних розладах у підлітків.

Мета дослідження: На підставі дослідження особливостей клінічної структури дисморфних больових відчуттів у підлітків з психічними розладами розробити комплексну психофармакотерапію і психотерапію та оцінити ефективність проведених заходів. Встановити основні соціально-демографічні характеристики обстеженого підліткового контингенту.

Вибір цільових груп дослідження, методів дослідження й організація його процедури були зумовлені метою і завданнями роботи. За дослідженням з метою вивчення особливостей больового синдрому в підлітково-юнацькому віці нами було відібрано 367 підлітків. Пацієнтам надавалось право не відповідати на будь-яке питання, а також перервати опитування, нічого при цьому не пояснюючи. Серед загальної кількості обстежених для участі в подальшій роботі було відібрано 304 підлітки, з них — 174 дівчини (57,2 %) і 130 юнаків (42,8 %), віком 16—17 років (середній вік дівчат склав $16,8 \pm 0,4$ роки, середній вік юнаків — $16,6 \pm 0,7$ роки). Всі пацієнти мали незакінчену середню освіту: 267 осіб (87,8 %) навчалися в 10 або 11 класах середньої школи, а 37 (12,2 %) — на першому чи другому курсі середнього спеціального навчального закладу (коледж або училище).

В результаті аналізу соціально-демографічних характеристик обстежених було виявлено такі фактори, які мають негативний вплив на стан здоров'я досліджених: конфліктність родини (в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з батьком — 26,64 %; в результаті порушення дисморфних больових відчуттів з матір'ю — 43,09 %; в результаті порушення подружньої взаємодії між батьками — 42,43 %), відсутність взаєморозуміння між батьками та підлітками (між батьком та підлітком — 18,75 %; між матір'ю та підлітком — 25,66 %); середній або низький рівень успішності навчання (71,38 %).

УДК 616.89-092:355.257.6 «364»

В. В. Чугунов, Н. В. Данилевская, В. А. Курило
Запорожский государственный медицинский
университет МОЗ Украины, г. Запорожье

Структурно-динамические особенности ПТСР у военнослужащих в условиях «гибридной войны»

Постстрессовое расстройство (ПТСР) занимает доминирующее место в структуре психических нарушений, ассоциированных с боевыми действиями, как провоцирующим фактором амплификации психопатологии. Несмотря на обозначенные «классические» симптомы ПТСР, которые составляют ядро патологии, нельзя говорить об абсолютной идентичности клинической картины ПТСР в контексте «гибридной войны».

На современном этапе отслеживаются следующие структурно-динамические особенности ПТСР у военнослужащих АТО в Украине, в дополнение к «классическим»:

— развитие ПТСР у военнослужащих обычно имеет более пролонгированный «латентный период». Имею-

щиеся симптомы заболевания военнослужащий начинает трактовать как болезненные только тогда, когда они обостряются до «угрожающих жизни», приводящих к невозможности адекватного выполнения военных задач;

— развитие ПТСР обычно носит прогрессивный характер, где основные симптомы закрепляются медленно, по мере наслаивания психотравмирующих факторов, с выраженной экзаксацией в периоды «постстрессового благополучия» (демобилизация, отпуск и т. п.);

— основной симптоматике чаще всего предшествует диссомнический синдром с тягостными сновидениями; он же выступает экзаксацирующим фактором заболевания; высок удельный вес тревожно-фобических реакций, страха смерти; доминирование депрессивного компонента на поздних этапах заболевания, по симптоматике приближающегося к эндогенной депрессии;

— провоцирующим фактором навязчивых, фобически окрашенных воспоминаний часто выступают не внешние, а интрапсихические обстоятельства: рассуждения о собственном «бесперспективном» будущем, ожидания неминуемой гибели в случае продолжения службы, ощущение собственной беспомощности и другие компоненты аутоиндуцирования;

— тенденции к нарушению комплаенса к терапии через диссимуляцию и дезагравацию проявлений заболевания, преуменьшение значения терапевтических мероприятий, малопродуктивность контакта в раскрытии своих переживаний;

— доминирование аутосоциального дистанцирования на первых этапах госпитализации, что очень быстро сменяется желанием вернуться «на войну, к товарищам» вопреки тяжести заболевания;

— психогенная фиксация на психотравме с чувством жалости к себе и размышлением о других, лучших моделях реагирования в стрессорной ситуации, не характерна на первых этапах формирования ПТСР у военнослужащих, привлеченных к АТО, и приобщается только на более поздних этапах;

— психоорганический синдром верифицируется почти у всех больных, что объясняется коморбидной патологией, связанной с боевыми действиями, в т. ч. контузией, черепно-мозговой травмой и т. д.

— наличие психопатизации личности как коморбидного ПТСР состояния идентичного с ПТСР генеза;

— пролонгированность и малокурабельность симптоматики, отсутствие достаточного ответа на фармакологические вмешательства, в т. ч. на анксиолитики и антидепрессанты.

Не последнюю роль в экзаксциации и амплификации ПТСР в реалиях «гибридной войны» играют:

— наличие базовой невротизации: самовосприятие собственной социальной и физической незащищенности и беспомощности как во время психотравмирующих факторов, так до и после них;

— трезвый образ жизни, как это не парадоксально, выступает фактором риска развития ПТСР, что ставит задачу поиска альтернативных алкоголю релаксантов в среде военнослужащих, привлеченных к боевым действиям в условиях «гибридной войны»;

— «социально-психологическое несоответствие», в т. ч. несоответствие «катастрофической» ситуации собственным представлениям военнослужащих о ней, психологическая неготовность к боевым действиям.

Таким образом, можно заключить, что проявления ПТСР у военнослужащих Украины, привлеченных к участию в АТО, наравне с сохранением симптоматики,

которая выступает «ядром» ПТСР, имеют структурно-динамические особенности, специфические именно для этой категории больных. Прежде всего это связано со спецификой «гибридной войны».

Указанные различия требуют дальнейшего тщательного изучения для внедрения профилактических и реабилитационных мероприятий как медико-социального, так и организационного спектра, для предупреждения возникновения и хронизации рассматриваемой патологии.

УДК 616.85-039:615-05:001.8

Л. Ф. Шестопалова, О. С. Марута

ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии
НАМН Украины», г. Харьков

Субъективное восприятие автобиографических событий у пациентов с невротическими расстройствами

Проблема репрезентации жизненного пути личности становится весьма актуальной в современном мире в связи с переломными историческими периодами трансформаций на макросоциальном уровне, сопровождающимися социальной нестабильностью и напряженностью, обуславливающими изменения индивидуальной судьбы. При этом особую важность в теоретическом и практическом отношении представляет изучение жизненного пути и его репрезентации у пациентов с невротической патологией, при которой именно значимые события прошлого и субъективное видение будущего составляют основу психогенного конфликта, в то же время являясь потенциалом его разрешения. Вместе с тем, особенности жизненного пути при различных формах невротической патологии остаются до настоящего времени неизученными.

Вышеизложенное определило цель данного исследования — определить особенности репрезентации субъективной картины жизненного пути больных с различными формами невротических расстройств.

В качестве инструмента применяли методику «Психологическая автобиография». Было обследовано 120 больных невротическими расстройствами, из них 40 — с неврастением (F 48), 40 — с тревожно-фобическими расстройствами (F 40—41), 40 — с диссоциативными расстройствами (F 44). Контрольную группу составили 40 здоровых лиц без признаков невротической патологии.

Результаты проведенных исследований показали, что для пациентов с невротической патологией характерно снижение общей продуктивности и лёгкости актуализации образов прошлого и будущего. У пациентов с тревожно-фобическими расстройствами и неврастением показатели продуктивности были ниже, чем при диссоциативных расстройствах. Наряду с этим у этих пациентов отмечалось сокращение времени ретроспекции и антиципации, что указывает на снижение значимости прошлых событий и возрастание — будущих. Наибольшие показатели ретроспекции и антиципации выявлены при неврастении. При тревожно-фобических и диссоциативных расстройствах пациенты проявили психологическую незрелость к разрешению невротического конфликта.

Типологическая структура жизненного пути у пациентов с невротической патологией характеризуется преобладанием событий личностно-психологического и социального типов, что обусловлено высокой зна-

чимостью социальных факторов состояния для этих пациентов. При этом у пациентов с диссоциативными расстройствами чаще встречались события биологического типа, у пациентов с тревожно-фобическими — личностно-психологического типа, а социальные были доминирующими при неврастении.

Полученные данные углубляют существующие представления о личностно-психологических механизмах неврозогенеза и могут быть использованы при проведении психокоррекции у пациентов с невротической патологией.

УДК 616.895.8-06:616-002.5:362.2]

О. В. Широков

ДЗ «Дніпропетровська медична академія»,
м. Дніпропетровськ

Особливості психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію, коморбідну з кістковим туберкульозом, в аспекті диференціації підходів до їх психосоціальної реабілітації

Хворі на тяжкі психічні розлади належать до групи підвищеного ризику захворювання на туберкульоз: кількість хворих на активний туберкульоз у психіатричних стаціонарах становить 3—6 %, а серед дорослих пацієнтів психіатричної служби випадки захворювання на туберкульоз спостерігаються у 4—5 разів частіше, ніж у соматичних стаціонарах. Існує і зворотна тенденція: частота психічних захворювань у хворих на вперше діагностований туберкульоз становить 3—4 %. Летальність з приводу туберкульозу у психічних хворих в декілька разів вища, ніж серед загальної популяції населення.

Причини високої захворюваності на туберкульоз у психічно хворих багатогранні: порушення елементарних гігієнічних правил, зниження імунітету, яке пов'язують з неповноцінним харчуванням, відмова від прийому їжі, порушення лікарняного режиму. Крім цього, допускають, що психічні захворювання ослаблюють регуляторну роль центральної нервової системи в складних механізмах імунітету. Так, на туберкульоз частіше хворіють хворі на шизофренію, значно рідше — на іншу психічну патологію. Туберкульоз переважно виникає внаслідок ендемічної реактивації і частіше розвивається на тлі психічного захворювання, а якщо навпаки, то специфічний процес, як правило, має важчий перебіг.

У більшості психічно хворих туберкульоз виникає і розвивається безсимптомно або із слабо вираженими клінічними проявами, що пов'язано з психікою хворих, неспроможністю оцінити перші клінічні ознаки недуги, а також з труднощами їх обстеження. Все це призводить до того, що туберкульоз у хворих дуже часто діагностується в занедбаній формі з бактеріовиділенням (у 60—70 %) і порожнинами розпаду (у 80 %), або з ускладненнями і позалеженими ураженнями.

Якщо питання поєднання туберкульозу легенів, як найбільш розповсюдженої його форми, та психічного розладу іноді стає об'єктом уваги дослідників, то коморбідність інших його форм, зокрема, кісткового туберкульозу, взагалі залишається поза увагою науковців. Між тим, перебіг кісткового туберкульозу обумовлює обмеження можливості пересування й належного рівня психосоціального функціонування (ПСФ) хворих, а в разі поєднання цієї патології з шизофренією — значно збільшує соціальну дезадаптацію пацієнтів, сприяє формуванню синдрому госпіталізму та проявів самостигматизації.

Метою роботи була перевірка гіпотези щодо гіршого стану ПСФ у хворих на параноїдну шизофренію за умови коморбідності з кістковим туберкульозом, порівняно зі «звичайними» хворими на параноїдну шизофренію.

Контингент дослідження складався із 120 осіб, хворих на параноїдну шизофренію (ПШ), які протягом 2012—2015 рр. були обстежені на клінічних базах кафедри психіатрії, загальної та медичної психології ДЗ «Дніпропетровська медична академія». Основну групу дослідження (ОГ) склали 60 пацієнтів, які страждали на ПШ та коморбідний кістковий туберкульоз (ККТ), групу порівняння (ГП) — 60 хворих на ПШ.

Основним методом дослідження був клініко-психопатологічний, що включав стандартизоване клінічне інтерв'ю з використанням «Оціночного переліку симптомів і глосарій для психічних розладів ВООЗ» (1994) (Модуль F 2: психотичний синдром), який був доповнений матеріалами ретроспективного аналізу медичної документації та результатами психодіагностичного дослідження.

В результаті дослідження гіпотезу щодо гіршого стану ПСФ у пацієнтів з ПШ за умови коморбідності з ККТ, порівняно зі «звичайними» хворими на ПШ, можна вважати доведеною. Для хворих на ПШ з ККТ виявилось характерним:

а) більша вираженість негативних наслідків нейролептичної терапії в усіх сферах функціонування (розумова діяльність: загальна сума балів — 6,11 в ОГ та 0,47 — в ГП, $p \leq 0,05$; самоконтроль: 1,28 — в ОГ та 4,48 — в ГП, $p \leq 0,05$; регулювання емоційного стану: 1,09 — в ОГ та 5,69 — в ГП, $p \leq 0,05$; фізична активність: 3,71 — в ОГ та 7,61 — в ГП, $p \leq 0,05$; соціальна інтеграція: 1,81 та 0,61 відповідно, $p \leq 0,05$) з вираженням синдромом індіферентності;

б) системні та значно руйнівніші порушення функціонування у суспільстві з проблемами у самообслуговуванні, трудовій діяльності, діяльності у родині та вдома, діяльності у загальносоціальному розумінні (середній показник поведінкової дисфункції в ОГ — 4,8, а в ГП — 3,0);

в) вираженіші прояви поведінкової дисфункції у лікарні (середній показник у ОГ — 4,4, а в ГП — 3,8);

г) більш виражене зниження якості життя, як за власною оцінкою, так і за оцінкою лікаря (інтегрований показник — 4,3 у ОГ й 5,5 — у ГП);

д) превалювання сформованого синдрому госпіталізму (75 % — ОГ й 15 % — ГП).

Отже, аналіз стану психосоціального функціонування хворих на параноїдну шизофренію з коморбідним кістковим туберкульозом довів необхідність розроблення специфічних заходів їх психосоціальної реабілітації.

УДК 616.895.8:362.1

К. В. Шкода

*Харківська медична академія післядипломної освіти,
м. Харків*

Особливості ставлення членів родини до довготривалої психічної хвороби родича в батьківських і власних сім'ях пацієнтів

Важливість впливу сім'ї та стану сімейних стосунків на розвиток і перебіг шизофренії у хворого, на теперішній час не викликає сумніву. Члени родини виявляють особисте піклування та надають не тільки практичну допомогу, але й емоційну підтримку психічно хворому родичу, притому що дуже часто виникають ті чи інші зміни характеру колишніх емоційних зв'язків. Так, зміна звичайних характеристик колишніх взаємовідносин може бути або недовготривалою (під час гострого приступу психічного

розладу), чи тривалою (у разі хронічного захворювання). Коли важке захворювання приходить до родини, в ній порушується сформований гомеостаз родинної системи (ролей, меж, очікувань, побажань та сподівань). І генетичний, і психосоціальний шляхи розвитку родини пацієнта мають важливе значення.

Ігнорування змін родинної системи може нівелювати зусилля лікарів за рахунок упередження членів сім'ї, їх стигмою, амбівалентністю, неправильним ставленням. Без своєчасного втручання родинна здатність адаптуватися до вимог хвороби родича знижується, що негативно впливає на стан як психічно хворого, так і інших членів родини.

Саме тому вивчення сімейного гомеостазу з акцентом на ставлення членів родини до психічно хворого родича, є необхідним задля адекватного планування заходів психосоціальної реабілітації в комплексному лікуванні пацієнта.

На базі Харківського обласного психоневрологічного диспансеру за період 2012—2015 рр. було обстежено 100 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію, та їх найближчих родичів — матерів або дружин. Давність захворювання складала $12,7 \pm 3,4$ роки. Підгрупу 1 склали пацієнти, що проживали в батьківській сім'ї, та їх матері (72 родини), підгрупу 2 — психічно хворі, що мали власні сім'ї, та їх дружини (28 родин).

Обстеження родичів здійснювали психодіагностичним методом за допомогою «Шкали структурованого інтерв'ю для визначення ставлення членів родини до хвороби (психіатричного діагнозу) у родича» (В. А. Абрамов зі співав., 2009).

Результати дослідження довели значне переважання викривленого ставлення до хворого з боку дружин, та адекватного — матерів: драматизуюче ставлення встановлене в 20,8 % підгрупи 1 і 39,3 % підгрупи 2; негативне — в 12,5 % підгрупи 1 та 57,1 % підгрупи 2; адекватне ставлення до пацієнта спостерігалось у 66,7 % родин підгрупи 1 і 3,6 % — підгрупи 2.

Отримані дані були покладені нами в основу під час розроблення диференційованих підходів при роботі з родичами психічно хворих зі значною тривалістю захворювання.

УДК:616.89-008.441.1-008.64:616.37-002

Л. М. Юр'єва, Ю. М. Шевченко

Державний заклад «Дніпропетровська медична академія МОЗ України», м. Дніпропетровськ

Діагностика психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на гострий панкреатит

У дослідженні, за умови інформованої згоди, взяли участь 71 пацієнт, які перебували на стаціонарному лікуванні в КУ «Дніпропетровське клінічне об'єднання швидкої медичної допомоги» Дніпропетровської обласної ради» (м. Дніпропетровськ) з діагнозом «гострий панкреатит» (К 85.0 за МКХ-10). Серед обстежених було 34 (47,9 %) чоловіки і 37 (52,1 %) жінок у віці від 21 до 60 років, середній вік — $(38,5 \pm 1,5)$ роки.

Основними методами дослідження були клініко-психопатологічний, скринінг-тест про стан здоров'я РНҚ-9. Вивчення тривожної та депресивної симптоматики проводили за допомогою шкали Шихана. При наявності клінічного рівня розладів за застосованими шкалами стан пацієнтів оцінювали відповідно до критеріїв МКХ-10.

Під час обстеження було виявлено, що більшість пацієнтів мали середню технічну або вищу освіту (78,8 %), пра-

цювали (60,6 %), переважно на робочих спеціальностях (32,4 %), ніколи не перебували у шлюбі (38,0 %). Звертає увагу високий відсоток пацієнтів (43,7 %), в яких рівень освіти і професійної підготовки не відповідає їхньому соціальному стану.

Більшість пацієнтів (58 осіб — 81,7 %) перенесли протягом життя (після 18 років) важкі психоемоційні стреси, пов'язані з професійно-економічними факторами (52,1 %), неблагополуччям сімейного життя (21,1 %), зі смертю близьких людей (8,5 %).

Аналіз психопатологічної симптоматики у хворих на гострий панкреатит виявив низку особливостей кількісної та якісної структури емоційних розладів. За анамнестичними даними, захворювання підшлункової залози маніфестувало у більшості хворих (93,0 % — 66 пацієнтів) після емоційно значимої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер. Вона відрізнялася поліморфністю, масивністю та залученням різних сфер діяльності пацієнта.

За результатами проведених досліджень, у 35 (49,3 %) хворих на гострий панкреатит виявлено клінічні ознаки психогенних тривожно-депресивних розладів. В 36 випадках (50,7 %) суттєвих відхилень у психічному здоров'ї не спостерігалось.

В усіх пацієнтів психотравмуюча ситуація, яка була ґрунтом для розвитку хвороби, мала гострий характер. Перебіг захворювання був хвилеподібний. Загострення гастроентерологічної симптоматики супроводжувалося значними вегетативними проявами, такими як підвищення швидкості евакуації їжі по травному каналу, серцебиття, підвищена пітливість тощо. Тривога виникала спонтанно, на короткий час, була пов'язана з будь-яким стресом. При подальшому розвитку хвороби навіть необхідність прийняття конкретного рішення або виконання повсякденних, але неприємних обов'язків, могли спровокувати виникнення короточасної тривоги та загострення гастроентерологічної симптоматики. Застосування звичайних лікарських засобів, що нормалізують діяльність підшлункової залози, хоча і мало деякий позитивний вплив на основні соматичні скарги хворого, але ніяк не впливало на тривогу, яка потребувала додаткового призначення анксиолітиків.

Таким чином, під час дослідження були виявлені специфічні особливості психопатологічної структури, що лежать в основі психогенних тривожно-депресивних розладів у хворих на панкреатит, визначена їхня роль у патогенезі даної патології. Подальше вивчення даної проблеми доцільно проводити шляхом глибокого аналізу зв'язку психогенних факторів, психопатологічних синдромів, соматичних проявів, перебігом та прогнозом захворювання.

ризик рецидиву залежності від психоактивних речовин у наркологічних хворих, а для самих членів родини через стан хронічного дистресу становить небезпеку щодо розвитку в них захворювань психічної сфери як психіатричного (насамперед, невротичного), так і наркологічного спектра.

Співзалежність — це стан, який є результатом адаптації індивіда до сімейної дисфункції. Змістовно — це закріплена реакція на стрес, яка з плином часу стає засвоєним способом життя, аніж ситуаційним засобом виживання (чим вона була на початку). Показово, що за умови припинення впливу стресового навантаження, співзалежна людина продовжує використовувати набуті патологічні поведінкові паттерни, незважаючи на відсутність чинника психотравматизації.

За визначенням Sh. Wegscheider-Cruse, «співзалежність — це специфічний стан, що характеризується сильною зануреністю і стурбованістю, а також вираженою емоційною, соціальною, а іноді і фізичною залежністю від людини або предмета, яка стає патологічним станом, що впливає на усі рівні життєдіяльності та стосунків суб'єкта. Для стану співзалежності характерні: а) омана, заперечення, самообман; б) компульсивні дії (неусвідомлена ірраціональна поведінка, про яку людина може жалкувати, але все ж діє, якби рухомо невидимою внутрішньою силою); в) «заморожені» почуття; г) низька самооцінка; д) порушення здоров'я, пов'язані зі стресом».

З огляду на наведене, для розуміння можливих мішеней комплексної терапевтично-реабілітаційної роботи з даним контингентом, з метою визначення особливостей клінічних проявів співзалежності як моделі порушення здоров'я, пов'язаного зі стресом, на базі Київської міської наркологічної клінічної лікарні «Соціотерапія» протягом 2012—2015 рр. було обстежено 160 чоловіків, хворих на алкогольну залежність (АЗ), та членів їх сімей.

Обстеження включало комплексне клініко-психопатологічне та психодіагностичне дослідження, з використанням шкал тривоги і депресії М. Гамільтона HDRS і HARS, шкали оцінки рівня психосоціального стресу Л. Рідера та методики визначення стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Прає.

В залежності від типу АЗ у хворих, діагностованих за класифікацією Т. Ф. Бабора, пацієнти та їхні родичі були поділені на дві групи: групу А (в яку увійшли 80 хворих на АЗ, зумовлену соціально-середовищними чинниками, тип А за Т. Ф. Бабора, та 80 членів їхніх родин) і групу Б (яку склали 80 осіб з АЗ типу В за Т. Ф. Бабора, тобто обумовленою впливом індивідуально-генетичних чинників, та 80 їхніх родичів). За так званим «рівнем вживання» групи дослідження були поділені на підгрупи: РА1 (родичі А1) — жінки хворих на АЗ типу «А» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «А» чоловіків (вертикальне вживання). Відповідно, РБ1 (родичі Б1) — жінки хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (горизонтальне вживання), РА2 (родичі А2) — матері хворих на АЗ типу «Б» чоловіків (вертикальне вживання).

Як групу порівняння (ГП) обстежено також членів родин медичного персоналу, в яких не було наркологічних проблем (50 осіб).

В результаті дослідження встановлено таке.

Психопатологічні симптоми, які за вираженістю не досягали клінічно окресленої депресії, виявлено у РА1 — 40,0 %, РА2 — 17,5 %, РБ1 — 32,5 %, РБ2 — 12,5 %, ГП — 90,0 % ($p \leq 0,001$). Малий депресивний епізод діагностовано у РА1 — 50,0 %, РА2 — 62,5 %, РБ1 — 52,5 %, РБ2 — 65,5 %, ГП — 10,0 % ($p \leq 0,001$). Тяжкий депресивний

УДК 616.015.6:616.45-001.1/3-008.47

В. В. Ярий^{1,2} М. В. Маркова²

¹Київська міська наркологічна клінічна лікарня «Соціотерапія», м. Київ;

²Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків

Співзалежність як порушення здоров'я, пов'язане зі стресом: варіативність прояву психопатологічних феноменів

Наявність наркологічного захворювання у одного з членів сім'ї неминуче порушує внутрішньосімейні взаємини і призводить сім'ю до дисфункціонального стану. Доведено, що прояви співзалежності є факторами

епізод діагностовано у PA1 — 10,0 %, PA2 — 20,0 %, PB1 — 15,0 %, PB2 — 22,5 % ($p \leq 0,001$). У ГП випадків тяжкого депресивного епізоду не виявлено ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HDRS у PA1 склав: відсутність депресії — 3,0 бали, малий депресивний епізод — 9,0 балів, тяжкий депресивний епізод — 21,0 балів; у PA2 — відповідно: 5,0 балів, 13,0 балів, 30,0 балів; у PB1 — відповідно: 4,0 бали, 11,0 балів, 25,0 балів; у PB2 — відповідно: 6,0 балів, 15,0 балів, 35,0 балів; у ГП — відповідно: відсутність депресії — 2,0 бали, малий депресивний епізод — 7,0 балів.

Серед досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 діагностовано увесь спектр розладів депресивного кола. Виявлено, що досліджені PA2 та PB2 переважали над дослідженими PA1 та PB1 як у баловому, так й у відсотковому вираженні. У свою чергу, досліджені PA2 переважали над дослідженими PA1, а досліджені PB2 переважали над PB1 у баловому так й у відсотковому вираженні.

Психопатологічні симптоми, які за вираженістю досягали клінічно окресленої субклінічної тривоги, виявлено у PA1 — 10,0 %, PA2 — 35,0 %, PB1 — 12,5 %, PB2 — 42,5 %, ГП — 96,0 % ($p \leq 0,001$). Тривожний стан діагностовано у PA1 — 70,0 %, PA2 — 60,0 %, PB1 — 72,5 %, PB2 — 55,0 %, ГП — 4,0 % ($p \leq 0,001$). Тривожний розлад діагностовано у PA1 — 20,0 %, PA2 — 5,0 %, PB1 — 15,0 %, PB2 — 2,5 % ($p \leq 0,001$). У ГП випадків тривожного розладу не виявлено ($p \leq 0,001$).

Середній бал за шкалою HARS склав у PA1: субклінічна тривога — 7,0 балів, тривожний стан — 16,0 балів, тривожний розлад — 45,0 балів; PA2 відповідно — 5,0 балів, 12,0 балів та 34 бали; PB1 відповідно — 7,0 балів, 15,0 балів та 43 бали; PB2 відповідно — 4,0 бали, 14,0 балів та 30,0 балів. У ГП відповідно: субклінічна тривога — 4,0 бали, тривожний стан — 9,0 балів, тривожний розлад — не виявлено.

Виявлено, що у більшості досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 тривожний стан відповідав середньому ступеню вираженості симптомів ($p < 0,05$), тривожний розлад відповідав тяжкому ступеню вираженості симптомів ($p < 0,05$). Встановлено, що обстежені PA1 та PB1 переважали над дослідженими PA2 та PB2, як у баловому так й у відсотковому вираженні. Значущих розбіжностей у баловому

й у відсотковому вираженні між групами PA та PB не виявлено ($p < 0,05$).

Визначено, що близько 50,0 % досліджуваних PA1, PA2, PB1, PB2 мали схильність до «приховування» симптомів тривоги, що виявляється при проведенні об'єктивної оцінки ($p < 0,05$). У досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 діагностований увесь спектр розладів тривожного кола ($p < 0,05$). Серед симптомів за ступенем вираженості значно переважали симптоми «психічного» радикала над симптомами «соматичного» радикала ($p < 0,05$).

У досліджених PA1, PA2, PB1, PB2 рівень психосоціального стресу як високий виявився у PA1 — 65,0 % (2,80 бали), PA2 — 62,5 % (2,90 бали), PB1 — 67,5 % (2,78 бали), PB2 — 53,3 % (2,79 бали); як середній — відповідно: у PA1 — 30,0 % (2,00 бали), PA2 — 32,5 % (2,15 бали), PB1 — 25,0 % (2,16 бали), PB2 — 40,0 % (2,17 бали); як низький — відповідно: у PA1 — 5,0 % (1,00 бали), PA2 — 5,0 % (1,15 бали), PB1 — 7,5 % (1,05 бали), PB2 — 6,7,0 % (1,10 бали), ГП — 100,0 % (1,00 бали) ($p \leq 0,001$). Даний розподіл підкреслює загальність та емоційну значущість проблем, що виникають, для членів родини хворих, які страждають на АЗ ($p < 0,05$). За структурою відповідей більшість досліджених родичів відповідали «Згоден». У ГП відповіді розподілилися між «Скоріше не згоден» та «Не згоден» ($p \leq 0,001$).

Імовірність розвитку психосоматичного захворювання внаслідок високого стресового навантаження та низької стресостійкості склали: у PA1 — 12,5 % (135 балів), PA2 — 12,5 % (148 балів), PB1 — 7,5 % (155 балів), PB2 — 5,0 % (163 бали), ГП — 100,0 % (155 балів) ($p \leq 0,001$). Групу із пограничним рівнем стресостійкості склали: PA1 — 20,0 % (105 балів), PA2 — 22,5 % (205 балів), PB1 — 15,0 % (245 балів), PB2 — 15,0 % (275 балів) ($p \leq 0,001$).

Низький рівень стресостійкості із загрозою психосоматичного захворювання виявлено у: PA1 — 67,5 % (310 балів), PA2 — 65,5 % (320 балів), PB1 — 77,5 % (330 балів), PB2 — 80,0 % (355 балів) ($p \leq 0,001$).

Отже, наявні дані, що свідчать про єдині механізми родинного переживання стресової ситуації ($p < 0,05$), були покладені нами в основу при розробці заходів комплексного лікування та психотерапевтичного супроводу співзалежних членів родин хворих на АЗ.