

УДК 616.89-02-021

*Н. И. Завгородняя**Харьковская городская клиническая больница скорой и неотложной медицинской помощи им. проф. А. И. Мещанинова***ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМЫ**

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) в настоящее время остается важнейшей медико-социальной проблемой вследствие сохраняющейся высокой распространенности, смертности и инвалидизации населения наиболее активного трудоспособного возраста. ЧМТ представляет собой классическую психотравмирующую ситуацию, воздействие которой на организм часто приводит к развитию психогенных (реактивных) психозов, в частности реактивных депрессий.

Цель исследования: оптимизация диагностики и лечебной тактики непсихотических депрессивных расстройств у лиц в остром периоде ЧМТ.

Для решения поставленной цели было проведено комплексное обследование 40 больных обоего пола в возрасте 19—55 лет, находившихся на лечении в нейрохирургическом отделении ХГКБСНМП с диагнозом ЧМТ.

На основе клинико-психопатологического исследования и показателей по шкалам Гамильтона, Монгмери — Асберга и Больничной шкале тревоги и депрессии выделены следующие варианты психопатологической симптоматики: тревожный в 47,8 % случаев, неврастенический в 36,9 % и тревожно-тоскливый в 15,3 % случаев.

Для клинической картины были характерны: подавленность, чувство безысходности, слезливость, бессонница, различные вегетативные расстройства. Доминировали подавленность настроения (79,5 %), аффект тоски (44,6 %) и тревожные проявления (68,9 %). В большинстве случаев (84 %) больные были полностью сосредоточены на событиях случившейся с ними беды, всех ее обстоятельств, при этом 43 % пострадавших высказывали идеи самообвинения в случившемся. Витальные проявления нами обнаруживались не четко, что возможно, объясняется тяжестью состояния основного заболевания.

Депрессивные расстройства чаще возникали у тревожно-мнительных больных с ипохондрической фиксацией на своем состоянии. В их жалобах, кроме обусловленных основным заболеванием, присутствовали многие невротические: на слабость, вялость, быструю утомляемость, головную боль, нарушение режима сна, страх за свое состояние, чрезмерную потливость, сердцебиение и др. У таких больных отмечались также различные аффективные нарушения в виде периодически возникающей тревоги и тоски различной степени выраженности. Особенно ярко подобная клиническая картина проявлялась у лиц, имеющих в анамнезе гипертоническую болезнь и ишемическую болезнь сердца.

Коррекцию непсихотических расстройств осуществляли на фоне основной терапии с помощью снотворных препаратов, транквилизаторов, антидепрессантов.

Базируясь на полученных в ходе работы данных мы разработали систему коррекции депрессивных расстройств при ЧМТ, включающую применение комплексных психотерапевтических методов: рациональной психотерапии, аутогенной тренировки, а также введение социальных адаптирующих приемов.

УДК 159.923.3:616.89-008.441.44:159.947.5

Заворотный В. И., Хаджинов О. А.**,
Паламарь А. Д.***, Розанов В. А.*****Военно-медицинский клинический центр Северного региона (г. Харьков)*, Военно-медицинский клинический центр Южного региона (г. Одесса)**, Одесский национальный университет имени И. И. Мечникова******ЛИЧНОСТНЫЕ И ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ СУИЦИДАЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ СРЕДИ СОЛДАТ СРОЧНОЙ СЛУЖБЫ**

Настоящее исследование базируется на результатах масштабного проекта по изучению психосоциальных, личностных и биологических факторов самоповреждающего поведения, проведенного в ряде городов Украины в 2001—2007 гг. Лиц, совершивших суицидальные попытки, опрашивали по комплексной схеме, включающей социодемографические характеристики и описание обстоятельств попытки. Из числа психологических инструментов использовали личностный опросник NEO PIR, шкалы депрессии и безнадежности Бека, шкалу характеристик

гнева Спилбергера, шкалу склонности к насильственным действиям Плутчика. Респонденты также отвечали на вопросы относительно случившихся с ними в жизни неприятностей (негативных событий жизни) и на вопросы Шкалы благополучия ВОЗ. Психиатрический диагноз выявляли с использованием структурированного диагностического опросника CID I 2.1.

В базе данных, содержащей сведения о 1200 суицидентах, был выявлен 51 случай суицидальной попытки у военнослужащих срочной службы, по поводу чего они были госпитализированы в психиатрическое отделение военного госпиталя. К этой группе была подобрана из той же базы данных группа сравнения из числа суицидентов, не имеющих отношения к службе в армии, соответствующая по полу и возрасту (41 случай), а также контрольная группа здоровых добровольцев, также соответствующая по полу и возрасту, не имеющих суицидальной попытки в анамнезе (132 случая). Сравнительный анализ осуществляли с использованием стандартных методов вариационной статистики (критерий Фишера — Стьюдента).

Молодые мужчины, совершившие суицидальные попытки, как солдаты, так и гражданские лица, существенно отличались от здоровых добровольцев. Эти различия заключались в значительно большей выраженности депрессии, сниженном благополучии, большем накопленном жизненном стрессе, большей частоте такого проявления пессимизма как безнадежность. В плане личностных особенностей наблюдался высокий, по сравнению со здоровыми добровольцами, показатель нейротизма, сниженный показатель экстраверсии, открытости опыту, амбициозности и чувства долга. В то же время выявлены достоверные отличия солдат-суицидентов от лиц, совершивших попытки суицида вне армейской среды. Тяжесть попыток и разнообразие методов было ниже у солдат. Значительная часть попыток связана с конфликтными ситуациями в армейских коллективах, в то время как спектр психосоциальных проблем у гражданских лиц был намного шире. У солдат выявились более высокие показатели депрессии, более низкие показатели психосоциального благополучия и некоторые личностные особенности. В частности, наблюдалась тенденция к еще большей интроверсии. В то же время у них выявлены более высокие показатели таких черт характера как дружелюбие (сотрудничество) с его компонентами (честность, альтруизм, уступчивость, чуткость) и добросовестность с ее составляющими, такими как чувство долга и самодисциплина.

Результаты анализа свидетельствуют о том, что молодые солдаты, совершающие суицидальные попытки, представляют собой своеобразный контингент, отличающийся по личностным и психосоциальным характеристикам и суицидальному поведению от суицидентов, не связанных с военной службой. Это может быть следствием их предрасположенности черт или результатом влияния новых условий жизни. Можно предположить, что их поведение представляет собой регрессивную реакцию лиц с определенными личностными особенностями в условиях жесткой армейской среды. Возможно, такие черты как дружелюбие и добросовестность воспринимаются как проявления слабости у основной массы солдатского коллектива и его неформальных лидеров, что способствует конфликтам и виктимизации, следствием чего становятся попытки суицида. Они могут быть в связи с этим расценены как поиск выхода из невыносимой ситуации, возможности смены коллектива, временного ухода в условия госпиталя и т. д. В то же время, не следует расценивать все попытки однозначно с этих позиций. Полученные данные являются обоснованием необходимости углубленного анализа обстоятельств попыток, который, как мы полагаем, позволит уточнить их мотивы.

УДК 616.853-052

*Завязкіна Н. В.**Київський національний університет
імені Тараса Шевченка (м. Київ)***ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ АГРЕСИВНОГО ПОВЕДІНКИ ХВОРИХ НА ЕПІЛЕПСІЮ**

Агресивна поведінка, значний ступінь її поширеності серед психічно хворих, неухильне збільшення кількості небезпечних дій проти життя та здоров'я особи, міцний зв'язок з суспільно небезпечними діями обумовлюють підвищення інтересу до даної проблеми. Багато авторів надають великого значення оцінці соціальних, психологічних, демографічних і клінічних факторів у прогностичному ризику вчинення правопорушень психічно хворими. Для обґрунтування заходів попередження агресивної поведінки необхідний аналіз як психопатологічних, так і мотиваційних,

особистісних, когнітивних сторін суб'єкта, макро- і мікросоціальних факторів, що впливають на його суспільно небезпечне діяння (Дмітрієва Т. Б., Шостакович Б. В., 2002).

Одним з аспектів даної проблеми є взаємозв'язок агресивних форм поведінки та епілепсії. Частота агресивних форм поведінки в осіб, які страждають на епілепсію, за даними різних авторів, коливається в широкому діапазоні — від 4,8 % (Rodin L., 1973) до 47 % (Castaut F., 1955). Необхідність багатостороннього вивчення агресивної поведінки у хворих на епілепсію пов'язана з переважанням серед правопорушень деліктів проти особистості.

В роботі проаналізовані дані, отримані під час обстеження 27 підекспертних чоловічої статі, що страждають на епілепсію, які проходили експертизу в Київському міському центрі судово-психіатричної експертизи з 2006 по 2011 рік. У хворих, які найбільш часто скоювали суспільно небезпечне діяння, відзначалися прогностичні ознаки потенційної небезпеки: підвищена поведінкова активність (найчастіше на тлі психопатоподібних проявів), емоційно-вольовий, інтелектуальний дефект; морально-етичне зниження; егоцентризм; розгальмованість; схильність до зловживання психоактивними речовинами.

Аналіз проводили за такими чинниками: здатність/нездатність усвідомлювати фактичний характер і суспільну небезпеку своїх дій та керувати ними; соціально-демографічні показники (вік, освіта, сімейний стан, втрата працездатності); клініко-динамічні характеристики (аналіз перебігу хвороби, наявність в підлітковому віці девіантних форм поведінки і психопатоподібних порушень); психологічні особливості (особливості особистості і когнітивної сфери обстежуваних, ціннісно-смыслові сфери, мотиваційної сфери); кримінальна активність (переважання серед всіх деліктів правопорушень проти особи).

Недостатня диференційованість емоційної сфери хворих, дисфоричні стани, особливості особистості (мстивість, злостивість, злопам'ятність та ін.), ригідність розумових процесів, застійність афективних переживань, недостатня пластичність психіки визначали переважання негнучких форм поведінки і призводили до спалаху люті, агресії, імпульсивності вчинків, які були нерозмірні з приводом, що спричинили їх. В силу наявних у випробовуваних особистісних особливостей, властивих епілепсії, вони не могли повною мірою осмислити кримінальну ситуацію, оцінити свою роль в ній, вибрати адекватну поведінку, конкретний спосіб вирішення проблем, пов'язаних із ситуацією. Структура та характер кримінальних дій у хворих на епілепсію значною мірою визначалися пароксизмальними і непароксизмальними психічними розладами, особистісними особливостями, психотичною симптоматикою, недоумством.

Грамотна комплексна первинна діагностика з урахуванням проведеного аналізу, врахування схильності даного контингенту хворих до систематичного повторення деліктів, дозволить запобігти здійсненню суспільно небезпечних діянь хворими на епілепсію.

УДК 616.899-071

В. З. Задорожний, В. Д. Кетков, И. Г. Дробот, О. И. Антофійчук
КУ «Днепропетровская клиническая психиатрическая больница» Днепропетровского областного совета»,
КУ «Специализированный Дом ребенка № 1» Днепропетровского областного совета» (г. Днепропетровск)

МОДЕЛЬ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНОГО РЕБЕНКА

Проведен анализ 75 консультаций семьям, имеющим ребенка с расстройством психики и поведения в возрасте от 3 до 5 лет. Консультации проводились в Днепропетровской областной клинической психиатрической больнице и специализированном Доме ребенка № 1 Днепропетровского облсовета. Возраст родителей — от 20 до 35 лет. Консультации проводились семейным парам с целью составления модели оптимального консультирования и выработки алгоритма психиатрического и психотерапевтического направления. Проводимая работа осуществлялась в формате краткосрочной терапии от одной до 10 встреч. Во всех случаях консультанты обеспечивали психологическую поддержку, которая отсутствовала или имела искаженные формы проявления существующих на момент обращения семейных отношений. Консультант выступал в роли посредника содействия восстановлению нарушенных семейных связей. Развивались навыки общения, различные приемы саморегуляции и самопознания. Психиатр и психолог помогали развитию основных социальных умений и навыков (навыки внимательного отношения друг к другу, понимание нужд окружающих, выражать искренно свои

чувства и замечать чувства супруга). Предлагалось семье и всем ее членам дидактическое изложение информации о психическом здоровье и нездоровье, понятие нормы психического здоровья и возможных ее вариантов. Оказывались следующие виды психологической помощи: информирование, индивидуальное психологическое консультирование (психотерапия), групповое и семейное консультирование с использованием психотерапевтических методик. В результате нами предлагается модель консультирования семейных пар, имеющих ребенка с проблемами психического развития, имеющая следующие составные разделы:

— выявление представления каждого члена семьи о характере переживаемых трудностей, возникающих в воспитании больного ребенка;

— выявление фактов семейной жизни и особенностей ее динамики с составлением анализа семейной истории для адекватного понимания сложившейся ситуации с больным ребенком;

— обратная связь от психиатра ко всей семье, которая включает понимание проблемы и желание получить психиатрическую, психотерапевтическую и психологическую помощь;

— определение проблемного поля в семье с определением причин возникших трудностей, механизмов их возникновения и развития с итоговым решением о согласованных действиях консультанта и членов семьи по преодолению проблем с установкой реальных планов и целей их осуществления;

— установление альтернативных решений проблем без навязывания решений со стороны консультанта;

— планирование выбранных альтернатив в отношении их реалистичности с точки зрения предыдущего опыта, актуальности и возможности перемены с проверкой выбранного решения в форме ролевых игр, «репетиций», действий;

— реализация плана решения проблем семьи с обязательной поддержкой консультанта всех членов семьи.

Данная модель консультирования предполагает большую возможность для семейных психологов, психотерапевтов и психиатров умело и гибко использовать и изменять содержание этапов оказания данной помощи, учитывая специфику каждой конкретной семьи.

УДК 616.85-008.64-08

А. П. Закревский, И. В. Цыба, А. Н. Кобец, И. Н. Кононенко, Н. Г. Боброва, Н. Е. Матеева, В. И. Кучерявая, Е. В. Медведова, Д. А. Мишук
Донецкий областной наркологический диспансер

ПРИМЕНЕНИЕ ВАЛЬДОКСАНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ НЕВРОТИЧЕСКОЙ АРГИПНИЧЕСКОЙ ДЕПРЕССИИ

Современное состояние социального развития Украины характеризуется чрезвычайно высоким уровнем психосоматической напряженности населения, что приводит к существенному ухудшению уровня психического здоровья в популяции из-за злоупотребления алкогольными напитками. Структура изменения заболеваемости свидетельствует о том, что в Украине в последние годы отмечается увеличение психогенных по происхождению, соматизированных, психосоматических заболеваний с хроническим течением.

В связи с этим наше внимание привлек новый лекарственный препарат — вальдоксан (агомелатин). В последние два года мы проводили исследования, в том числе плацебо контролируемые, в которых была показана его эффективность. Оценка динамики психопатологического состояния больных путем клинико-психопатологического метода показала следующее: у пациентов, получавших вальдоксан, уже с 3-го дня исследования наблюдалось существенное улучшение субъективного спектра ощущений, повышались настроение и активность, нормализовался сон. К 14-му дню терапии было отмечено выраженное снижение астенической, тревожной и депрессивной симптоматики, в частности, витальных компонентов депрессии и тревоги, утомляемости, слезливости, раздражительности, гиперестезий, беспричинных страхов или конкретных опасений о состоянии своего здоровья. У большинства больных купировались диссомнические расстройства, антивитальные переживания. К концу 4-недельного курса применения вальдоксана практически полностью исчезли соматизированные проявления депрессии: купировались болевые ощущения и соматовегетативные дисфункции. Постепенная отмена препарата в течение следующих 3-х месяцев с постепенным снижением дозы при каталитическом наблюдении обнаружили устойчивость полученных результатов.

Объективная оценка динамики психопатологических расстройств в процессе терапии препаратом вальдоксан, согласно