

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 суспільно небезпечку 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-смиислової 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 спричинив 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 катаралитическом наблюдении обнаружили устойчивость полученных результатов.

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