

компенсації к болезні, відносно постійним матеріальним доходом, більш реалістичним відношенням к життю.

Найбільш низькі показателі якості життя відзначалися у пацієнтів з довготривалою захворювання до 9 років ($58,595 \pm 3,058$ балла), незначально підвищалися при довготривалості захворювання від 10 до 19 років (до $62,714 \pm 3,302$ балла), і знову знижувалися після 20 років захворювання (до $61,073 \pm 3,693$ балла).

Отримані результати були включені в формування програми для проведення адекватного комплексу психопрофілактичних і психокорекційних заходів з урахуванням виявлених особливостей.

УДК 616.89-008.454:616.14

Мазур О. В.

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

ТИПИ СТАВЛЕННЯ ДО ХВОРОБИ ПРИ ОРГАНІЧНИХ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДАХ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

Проведено комплексне клініко-психопатологічне дослідження 60 хворих з органічними депресивними розладами судинного генезу (ОДРСГ), які перебували на лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. академіка О. І. Ющенка.

Важливою складовою частиною психологічного континууму когнітивних та афективних (депресивних) розладів при ОДРСГ є тип ставлення до хвороби (ТСХ). ТСХ являє собою сформований (на основі аутогенного та ятрогенного компонентів) індивідуальний комплекс відчуттів, емоцій та думок, що визначає ставлення хворого до порушення здоров'я та пов'язану з цим поведінку. В свою чергу ця поведінка має значний вплив на ефективність лікувального процесу, обумовлюючи ступінь участі хворого в лікувальному процесі та формуючи комплайнс, що особливо важливо для психокорекційної роботи. Для визначення типу ставлення до хвороби застосовували Методику діагностики типів ставлення до хвороби (СПб., 1987).

12 типів ставлення до хвороби об'єднуються в три блоки за двома критеріями: «адаптивність/дезадаптивність» та «інтер-/інтрапсихічна спрямованість» дезадаптації (у разі дезадаптивного характеру ставлення). Перший блок, до якого входять гармонійний, ергопатичний та анозогнозичний ТСХ, при яких психічна та соціальна адаптація суттєво не порушені — у обстежених хворих не спостерігався. Другий блок, що включає тривожний, іпохондричний, неврастенічний, меланхолійний, апатичний типи, для яких характерна інтрапсихічна спрямованість особистісного реагування на хворобу, що обумовлює порушення соціальної адаптації — спостерігався у 46 хворих (76,7%). До третього блоку включено сенситивний, егоцентричний, дисфоричний та паранояльний типи ставлення до хвороби з характерною інтерпсихічною спрямованістю особистісного реагування на хворобу, що також призводить до соціальної дезадаптації хворих — відзначено у 14 хворих (23,3%).

Відсутність ТСХ першого блоку говорить про те, що ОДРСГ суттєво порушує психічну та соціальну адаптацію хворих. Це може бути пояснено тим, що депресія виникає на тлі вже існуючого органічного ураження головного мозку судинного генезу, тобто патологічний процес пройшов низку етапів, при цьому кожна наступна ланка ускладнювала характер клініко-психопатологічних проявів захворювання. Схематично ланки можна визначити так: судинне захворювання (гіпертонічна хвороба, атеросклероз тощо) → органічне ураження головного мозку (ХНМК, ДЕ) → депресивний розлад.

Виявлення тільки дезадаптивних ТСХ інтер- та інтрапсихічного спрямування може бути обумовлено психологічними особливостями реагування на хворобу літніх людей, яких була переважна більшість серед обстежених хворих. Літні люди часто неадекватно реагують на захворювання, тому що протестують проти старості, коли йде руйнування життєвого стереотипу. Значним дезадаптуючим психологічним чинником є страх самотності, притаманний цій віковій категорії хворих.

При дослідженні ТСХ було виявлено, що на його формування впливали такі чинники як характер основного судинного захворювання, тип депресивного синдрому, вік, характер та шкала цінностей, рівень медичних знань, соціальний стан хворих, оцінка свого стану та соціальної дезадаптації внаслідок хвороби, що обумовлювало індивідуальне забарвлення досліджуваного феномену. Проведене дослідження ТСХ стало основою одного з векторів спрямування комплексу психокорекційних заходів у пацієнтів із ОДРСГ.

УДК 612.822-053.2/5:616.89-008.454

Майоров О. Ю., Михайлова Е. А., Проскурина Т. Ю., Михальчук О. Я., Мителев Д. А., Матковская Т. Н.
ГУ «Інститут охорони здоров'я дітей і підлітків НАМН України» (г. Харків)

НЕЙРОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Проводился визуальный и нелинейный многомерный анализ — детерминистского хаоса ЭЭГ с помощью системы компьютерной ЭЭГ NeuroResearcher®2005 (Mayorov O. Yu., Fritzsche M. et al., 2003) у 127 детей 7—11 лет с депрессией и 30 здоровых детей аналогичного возраста (группа контроля). Энтропия Колмогорова — Синяя (ЭКС) (h) вычислена на основании спектра показателей Ляпунова и определялась как усредненная по фазовому пространству сумма положительных показателей Ляпунова S_m . Использован метод определения задержки с помощью оценки размеров осей восстановленного в фазовом пространстве аттрактора (Майоров О. Ю. с соавт., 2006). Энтропия КС позволяет оценить прогноз поведения динамической системы мозга в будущем, определяет скорость потери динамической системы информации и позволяет оценить среднее время ее предсказуемости. Регистрация ЭЭГ проводилась в состоянии покоя и во время интеллектуальной нагрузки (обратный счет в уме — 200, 197, 194 и т. д. у детей 9—10 лет и обратный счет в уме 100, 99, 98 и т. д. у детей 7—8 лет), и в условиях гипервентиляции в течение одной минуты. Установлено, что у детей 7—11 лет с депрессией выявлено снижение показателей ЭКС в сравнении с детьми группы контроля во фронтальных отведениях: F7 — ($2,59 \pm 0,17$) соответственно ($3,55 \pm 0,36$); F3 — ($2,11 \pm 0,24$) соответственно ($2,91 \pm 0,28$); Fz — ($2,15 \pm 0,14$) соответственно ($3,10 \pm 0,42$) и F4 — ($2,19 \pm 0,16$) соответственно ($2,99 \pm 0,19$). Уменьшение показателей ЭКС свидетельствует о снижении уровня хаоса и свободы — способности клеток организовывать нейродинамические связи с другими нейронами.

При анализе относительных мощностей спектров (ОСМ) основных ритмов ЭЭГ отмечено, что у детей с депрессией обнаружена избыточная относительная мощность δ -активности, уменьшение мощности α -активности, нарушение зональности распределения β -ритмов. Данные показатели имели статистически достоверные отличия между основной и контрольной группой. Наибольшие значения ОСМ и существенные изменения α -ритма затрагивали центрально-теменные отведения, снижаясь по выраженности в ростральном и каудальном направлениях, медленноволновые показатели ОСМ имели высокие цифры как в теменных отведениях так и в префронтальных областях. Установлено, что динамика изменений быстрого волнового и медленноволнового частотного спектра носила разнонаправленный характер в зависимости от варианта синдрома комплекса депрессии. Картина ЭЭГ у детей с депрессией свидетельствует о колебании уровня неспецифической стволовой системы, частичном блоке активирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиаэнцефального уровня, что приводит к снижению тонуса коры головного мозга.

Таким образом, у детей с депрессией установлено достоверно низкие показатели ЭКС во фронтальных отведениях в отличие от здоровых сверстников, у которых эти показатели имеют тенденцию к их увеличению. Нейрофизиологические показатели у детей с депрессией могут служить индикатором вовлечения определенных структур мозга (лимбических) и явиться маркером тяжести аффективного расстройства на данном этапе онтогенетического развития ребенка.

УДК 616.89-008.442-084:613.89:613.885

М. В. Маркова*, Р. Т. Габрель,***

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків), Київський центр профілактики та боротьби зі СНІДом Київської міської клінічної лікарні № 5** (м. Київ)*

ПОРУШЕННЯ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ ПАРТНЕРСЬКОЇ ПАРИ ЗА УМОВИ ВІЛ-ІНФІКУВАННЯ ОДНОГО З ПАРТНЕРІВ: АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ ТА ШЛЯХИ ВИРІШЕННЯ

За даними МОЗ України, на 01.01.2010 в Україні проживає 360 000 ВІЛ-позитивних громадян. Кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфекції складає біля 20 тис. на рік. За оцінками спеціалістів ЮНЕІДС, реальні масштаби епідемії значно більші й сягають 1% дорослого населення.

Ін'єкційні наркомани все ще залишаються середовищем, де триває активне розповсюдження ВІЛ. Мабуть, саме тому, в науковій літературі та клінічній практиці існує значна кількість робіт,

присвячених вивченню епідеміологічних, соціальних аспектів та питань клініки, психотерапії та психопрофілактики в комплексному лікуванні хворих із залежністю від опіоїдів, інфікованих ВІЛ (А. К. Сервецький, 2007; В. І. Вовк, 2008; Б. А. Баркалов, 2009; С. О. Лобанов, 2012). Проте, на сьогодні завдяки масивному впровадженню заходів превенції розповсюдження ВІЛ-інфікування серед споживачів ін'єкційних наркотиків, спостерігається тенденція до відсутності збільшення кількості осіб з парентеральним шляхом інфікування ВІЛ, в той час як серед загальної кількості випадків інфікування ВІЛ збільшується питома вага епізодів, пов'язаних зі статевим шляхом передачі вірусу.

Психологічний контекст, в якому реалізується поведінка, пов'язана із ігноруванням чи, навпаки, уникненням ризику статевого інфікування через сексуальні стосунки, зумовлюється багатьма взаємопов'язаними чинниками, серед яких одне з провідних місць займає питання життєдіяльності родини або партнерської пари, в якій один із партнерів інфікований ВІЛ. Факт інфікування ВІЛ, крім негативного впливу на макросоціум, має вагомий патологічний вплив на мікросоціальному рівні внаслідок виникнення питомої ваги соціально-психологічних проблем конкретних індивідуумів: розвитку психологічних, емоційних, міжособистісних негарядів, які призводять до порушення життєдіяльності партнерської пари, що, в свою чергу, обтяжує її без того вагомий медико-соціальний суспільний тягар хвороби.

Між тим, за останні роки накопичено значний обсяг даних, що вказують на те, що хронічний стрес і нездоровий спосіб життя несприятливо позначаються на стані імунної системи (А. D. Futterman et al., 1996; J. K. Kiecolt-Glaser et al., 1999—2011; Н. Anisman et al., 2002, 2009). Зарубіжними дослідниками встановлено, що життєві стреси мають несприятливий вплив на стан здоров'я ВІЛ-інфікованих, майже в чотири рази збільшуючи ймовірність прискореного розвитку СНІДу (D. L. Evans et al., 1997; А. N. Dentino et al., 1999; L. C. Howland et al., 2000), а наявність депресивного стану на початковому етапі ВІЛ-інфекції пов'язано зі зростанням ризику прогресування хвороби та наближенням ризику летального результату (M. Maes et al., 1999—2010).

Разом з тим, аналіз даних літератури демонструє розрізненість досліджень, спрямованих на розв'язання проблеми збільшення тривалості та покращання якості життя осіб, інфікованих ВІЛ. Це обумовлене складністю і полімодальністю вивчаємих феноменів, серед яких провідне місце повинно займати питання психоемоційного стану та психологічних ресурсів ВІЛ-інфікованих, що складаються з джерел індивідуально-особистісних властивостей індивіда та міжособистісної, насамперед, сімейної, взаємодії. Спроба аналізу індивідуально-психологічних особливостей ВІЛ-інфікованих з точки зору їхнього впливу на можливість гальмування патологічного процесу була здійснена у 2009 р. в Санкт-Петербурзі (А. І. Зінченко, 2009), а розробка стратегії і тактики медико-психологічного супроводу ВІЛ-інфікованої партнерської пари до теперішнього часу на знайшла свого вирішення й впровадження в клінічну практику, що значно знижує ефективність медико-психологічної допомоги даній категорії пацієнтів та членам їхніх родин.

Враховуючи вищенаведене, в рамках виконання дисертаційного дослідження нами здійснюється розроблення системи медико-психологічного супроводу, що включає в себе вирішення задач психодіагностики, психокорекції та психопрофілактики порушення життєдіяльності партнерської пари за умови інфікування одного з партнерів на ВІЛ.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

*М. В. Маркова**, *А. М. Кожина***, *К. А. Горикова****, *

*Харківська медична академія післядипломної освіти**,
*Харківський національний медичний університет*** (м. Харків),
*Одеський обласний психоневрологічний диспансер****(м. Одеса)

ПСИХООСВІТНЯ СІМЕЙНА ПСИХОТЕРАПІЯ В КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

На теперішній час фахівцями в сфері охорони психічного здоров'я визнано, що психоосвітній напрямок психотерапії (*psychoeducation*) є тим інтегруючим механізмом, що поєднує в собі сімейні та когнітивно-поведінкові впливи, необхідні в комплексному лікуванні пацієнтів з параноїдною шизофренією (ПШ). Психоосвіта займає особливе місце в структурі реабілітаційних заходів та становить поетапно здійснювану систему психотерапевтичних впливів, спрямованих на інформування пацієнта та його родичів про психічні розлади та навчання їх методам подолання специфічних проблем, зумовлених

проявами захворювання (Н. О. Марута зі співавт., 2010, 2011; А. М. Кожина зі співавт., 2010; В. А. Абрамов зі співавт., 2007—2010; О. С. Чабан, 2006).

Психоосвіта, як інтегративний напрямок психотерапії пацієнтів з шизофренією, має на увазі для хворих і родичів необхідність: а) значної включеності в процес групового заняття (у той час як освіта має відтінок пасивного сприйняття інформації, свого роду споглядальності, а значить відстороненості сприйняття); б) емоційних переживань та зворотного зв'язку з медичними працівниками. В основі психоосвітніх заходів має місце поділ відповідальності в лікувальному процесі між лікарем, родичами і пацієнтом, які укладають угоду про цілі терапії та способи їх досягнення. Пацієнти спонукаються до активної участі в психотерапевтичних заходах (ПЗ) — в ході занять їх просять ставити запитання, висловлювати свої почуття, ділитися досвідом хвороби. В результаті психоосвітніх ПЗ хворі і родичі виступають у ролі активних учасників психотерапевтичного процесу, а не пасивних «реципієнтів» психопросвітницьких бесід.

Така психотерапевтична робота з хворими на шизофренію та їх родичами є абсолютно новим для вітчизняної психіатричної практики видом лікувально-реабілітаційного втручання (М. В. Маркова, В. А. Діхтяр, 2012). Тим часом, психоосвітня сімейна психотерапія хворих та їх родичів розглядається в зарубіжній літературі поряд з фармакотерапією та соціотерапією, як невід'ємна частина комплексу лікувально-відновлювальних заходів. На думку багатьох авторів, психоосвітні сімейні та індивідуальні ПЗ вважаються чи не найбільш значущим видом психосоціального втручання у багатогранній системі психосоціальної реабілітації хворих на шизофренію та їх родичів (К. F. Bernheim, A. F. Lehman, 1985; J. R. Bustillo et al., 2001; D. S. Hutchinson et al., 2006). Ефективність такої роботи доведена на різних популяціях психічно хворих, але особлива увага в останні роки приділяється психоосвітнім сімейним ПЗ у хворих на шизофренію на різних етапах захворювання (С. R. Goodman, F. L. Quinn, 1988; M. J. Goldstein, 1992; Т. Л. Ряполова, 2010).

Таким чином, більшість авторів у цілому підкреслюють, що психоосвітня сімейна психотерапія — це одна зі складових психосоціальної реабілітації, найбільш відповідна загальній гуманістичній спрямованості партнерської моделі надання психіатричної допомоги.

Таким чином, у світовій та вітчизняній науковій літературі досить всебічно розглядається питання психотерапії хворих на ПШ. В цілому зазначається, що підходи до застосування ПЗ повинні будуватися на знаннях щодо загальних засад терапії, її мети, завдань та можливості оцінювання кінцевого результату. Окремо зазначається, що найбільш ефективними при роботі з пацієнтами, хворими на ПШ, є поєднання сімейних та поведінкових психоосвітніх втручань. Проте, підкреслюється, що на теперішній час в Україні не розроблені засади та алгоритми застосування вищезазначених психотерапевтичних впливів в комплексне лікування хворих на ПШ, що унеможливило реальне відновлення незалежного та якісного життя пацієнтів.

Враховуючи вищенаведене, нами здійснюється робота з дослідження типології родинних моделей психосоціального функціонування з ідентифікацією внутрішніх взаємозв'язків між хворим на ПШ та членами його сім'ї, кінцевою метою якої є розроблення системи ПЗ, спрямованих на відновлення функціонування хворого в родині та підвищення якості життя хворого і членів його родини.

УДК: 616.89-008.19:615.015.46:614.253.8

*М. В. Маркова**, *Л. В. Рахман***

Харківська медична академія післядипломної освіти
*(м. Харків)**, *Львівський національний медичний університет*
*ім. Д. Галицького (м. Львів)***

СОЦІОДЕМОГРАФІЧНИЙ ТА КЛІНІКО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНИЙ АСПЕКТИ ПАТОМОРФОЗУ ТЕРАПЕВТИЧНО РЕЗИСТЕНТНИХ ДЕПРЕСІЙ

Мета дослідження полягала в ідентифікації особливостей патоморфозу терапевтично резистентних депресій на основі зіставлення і порівняльного аналізу соціодемографічних та клініко-епідеміологічних показників.

Методом ретроспективного аналізу було опрацьовано 165 медичних карт стаціонарних хворих із депресивними розладами (ДР) помірного або вираженого ступеня з тривалістю епізоду не менше 16 тижнів, у яких спостерігалася резистентність до лікування, що проводиться, за період 15 років (1996—2010 роки). Робота виконувалася на базі архіву Комунального закладу «Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня». Всі хворі були поділені