

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; H. 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; A. 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