

відібрані тільки випадки, які розвивалися на тлі різноманітних емоційно вагомих стресових ситуацій. Серед них було 18 чоловіків та 27 жінок (співвідношення 1:1,5). Середній вік хворих на момент госпіталізації складав $29,33 \pm 4,72$ років.

За анамнестичними даними загострення ШАР у всіх після емоційно значущої для особистості гострої або хронічної психотравмуючої ситуації, яка часто мала нерозв'язний характер (смерть близької людини, розпад сім'ї, конфліктна ситуація на роботі і таке інше). У 55,5 % (25 пацієнтів) психотравма мала гострий характер та впливала одночасно та короткочасно (автокатастрофа, пожежа, втрата майна, смерть родичів та інше). Зона конфлікту у жінок поширювалася, як правило, на сферу внутрішньосімейних відносин (спостерігалась у 26 жінок та 8 чоловіків — 57,7 % та 17,7 % від загальної кількості пацієнтів відповідно), тоді як у чоловіків психотравмуюча ситуація найчастіше обмежувалася виробничими відносинами (спостерігалась у 10 чоловіків та 5 жінок — 22,2 % та 11,1 % від загальної кількості пацієнтів відповідно). У 15 (33,3 %) хворих мали місце дві або декілька невіршених ситуацій.

В результаті дослідження було виявлено провокуючий вплив стресової ситуації на розвиток ШАР. При цьому велике значення мали тимопатичні коливання настрою. Якщо психотравма збігалася з субдепресивним періодом, то частіше розвивався депресивний тип ШАР (19 пацієнтів — 42,2 %), якщо з періодом підвищення настрою — маніакальний тип (9 пацієнтів — 20,0 %). Якщо стресова ситуація виникала поза тимопатичних коливань, то частіше формувалася депресивна симптоматика (17 випадків — 37,8 %).

Більш ніж у половині хворих психотравмуючі події відображалися у клінічній картині (30 хворих — 66,6 %), тобто мали патопластичний вплив. Депресивні переживання та пов'язані з ними конгруентні маревні розлади повністю відповідали характеру психотравми. Маревна самозвинувачення спостерігалось у 86,4 % депресивного типу ШАР та було пов'язане зі стресом. Нерідко реальні події, що були основою маревних розладів, змінювалися, піддавалися хворобливій переробці. Хворі вважали, що все, що з ними трапилося «було сплановано зловмисниками або ворогами». Іноді маячні ідеї супроводжувались галюциаторними розладами, що були тематично пов'язані з психотравмою (пацієнти чули «голоси» померлих родичів та інше).

При редукції психотичної симптоматики у 84,4 % (38 хворих) відзначалася недостатня критичність до перенесеного психозу, як правило вони розцінювали свою хворобу як адекватний наслідок емоційного стресу.

Таким чином, психотравмуючі ситуації мали провокуючий та патопластичний вплив на розвиток ШАР.

УДК:616.89.-008.1:615.851.

Скрипніков А. М., Животовська Л. В., Боднар Л. А.

ВДНУ «Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ПСИХІЧНИХ ПОРУШЕНЬ В ОСІБ З ДЕФЕКТАМИ ТА ДЕФОРМАЦІЯМИ ЗОВНІШНЬОГО НОСА

На сьогодні доведено, що значна частина людей, які бажають змінити форму носа з естетичною метою, мають різні психічні порушення. Такі особи схильні до депресії, соціальної ізоляції, розладів адаптації, сімейної дисфункції, часто залишаються незадоволеними результатами вдало проведеної ринопластики та потребують повторного оперативного втручання.

Мета роботи — розробити систему психотерапевтичної корекції психічних порушень в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики, та оцінити її ефективність.

Психотерапія проводилася 99 пацієнтам, які склали дві групи: I — 69 осіб з дефектами зовнішнього носа, які були помітні для оточуючих, відхилились від встановленої естетичної норми, прийнятої в косметології, але не спотворювали зовнішність особи; II — 30 осіб, в яких дефекту носа не було, однак вони налягали на ринопластиці. Ефективність психотерапевтичного лікування оцінювали на синдромальному рівні та за динамікою показників шкал тривожності Спілберґера — Ханіна і депресії Гамільтона (HDRS).

Психокорекційна робота проводилася комплексно, була індивідуально диференційованою, враховувала етіопатогенетичні аспекти та базувалася на засадах послідовності й етапності, включала індивідуальні та групові заняття в рамках гештальт-підходу тривалістю 60 хвилин: 2 групових та одне індивідуальне на тиждень, близько 3-х місяців.

В результаті проведеної психокорекції в обстежених обох груп регресували невротичні розлади, достовірно знизилася прояви ситуаційної тривожності: у жодного не було виявлено високого її рівня (до терапії він спостерігався у 24 (34,78 %) I та у 3 (10,00 %) осіб II групи). Достовірно знизився і середній показник: у I групі з $40,78 \pm 0,83$ до $30,05 \pm 1,03$, $p < 0,05$, у II — з $37,96 \pm 1,26$ до $32,13 \pm 1,23$ ($p < 0,05$).

Прояви особистісної тривожності також зменшилися в обстежених обох груп (з $38,36 \pm 0,91$ до $33,69 \pm 0,54$, $p < 0,05$ у I групі та з $46,23 \pm 1,07$ до $43,36 \pm 1,03$ у II групі). Однак після проведеного лікування у 10 (33,33 %) пацієнтів II групи ще зберігався високий рівень особистісної тривожності, тоді як в усіх обстежених I групи він знизився до помірного ($n = 49$, 71,01 %) або низького ($n = 20$; 28,99 %).

Виразність депресивної симптоматики також значно зменшилася в обох групах. Якщо до лікування наявність депресивних симптомів діагностували у половині обстежених ($n = 35$; 50,72 %) I групи переважно помірного рівня ($n = 20$, 28,98 %), то після його закінчення — у 25 (36,23 %) осіб, частіше з легкими симптомами депресії ($n = 18$, 26,08 %). Відповідно, й середній балний показник також знизився з $9,75 \pm 0,61$ до $6,55 \pm 0,72$, $p < 0,05$.

Серед обстежених II групи після проведеного лікування у 3 осіб депресивна симптоматика взагалі нівелювалася, а кількість осіб, в яких вдалося знизити рівень депресії до легкого, збільшилася — з 8 (26,67 %) до 10 (33,33 %). При цьому середній показник також достовірно знизився, хоча й залишився на помірному рівні ($12,26 \pm 1,25$ проти $16,06 \pm 1,4$; $p < 0,05$). Крім того, 14 (20,29 %) осіб I та 24 (80,00 %) II групи відмовилися від ринопластики.

Таким чином, в осіб, які зверталися до пластичних хірургів для проведення косметичної ринопластики та мали психічні порушення, система психотерапевтичної корекції, розроблена на принципах комплексності та етапності із застосуванням гештальт-підходу, довела високу ефективність.

УДК 616.69-008.1-06:616.89-008.444.2-085.851

Соколова Е. О.

Харківська медична академія післядипломної освіти (м. Харків)

ПСИХОПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕННЯ ЗДОРОВ'Я СІМ'І ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНІЙ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ У ЧОЛОВІКІВ

Гіпертензивна енцефалопатія (ГЕ) в багатьох випадках супроводжується не тільки психічними розладами (ПР), що є загально-визнаним фактом, але й розладами сексуальної функції (СР) та міжособистісних стосунків хворого, що призводить до розвитку порушення здоров'я сім'ї (ПЗС).

Мета: науково обґрунтувати, розробити і впровадити запобіжні заходи щодо дії патогенних факторів порушення здоров'я сім'ї на початкових стадіях гіпертензивної енцефалопатії у чоловіків.

Обстежено 155 подружніх пар (ПП), в яких у чоловіків було діагностовано ГЕ I—II ст. (I 67,4). Першу групу дослідження склали 49 ПП (31,6 %), в яких у чоловіків була ГЕ I ст.; другу групу — 106 ПП (68,4 %), чоловіки в яких страждали на ГЕ II ст. Всі обстежені були у віці від 26 до 55 років. Давність ПЗС складала від декількох місяців до 5 років. Жінки хворих в кожній ПП входили до однієї вікової групи з чоловіками (різниця у віці не перевищувала 5 років).

Всім ПП було проведено комплексне обстеження: соматичний (у тому числі, гінекологічний у жінок та урологічний у чоловіків), неврологічний стан чоловіків і їх дружин; клініко-психопатологічне дослідження; спеціальне сексологічне обстеження; психодіагностичне, клініко-психологічне і соціально-демографічне.

Узагальнення отриманих результатів дало змогу систематизувати таку типологію ПЗС за ГЕ у чоловіків: 1. *Соціально-психологічний тип* ПЗС (39,5 %) виникав з прогресом міжособистісного конфлікту в результаті комунікативної подружньої дезадаптації (ПД). 2. *Сексуально-поведінковий тип* ПЗС (30,7 %) виникав за рахунок дисконформності реалізації сексуальності партнерів внаслідок сексуально-еротичної або конституціональної ПД. 3. *Соматогенний тип* ПЗС (29,8 %) розвивався внаслідок захворювання чоловіка на ГЕ, що було обумовлено вторинною ПД, яка виникала через первинну сексуальну дисфункцію за рахунок загальних патологічних судинних процесів, а також через пригнічуючу дію антигіпертензивних препаратів, що спричиняли негативний вплив на сексуальну реалізацію хворих чоловіків.