

УДК 616.895.87-008.454-036.4:612.014.5(063)

Костюченко Н. В., Фільц О. О.
Львівський національний медичний університет
імені Данила Галицького (м. Львів)

**Взаємозв'язок особливостей психоакустики
та негативної симптоматики у хворих
на шизофренію**

Негативна симптоматика при шизофренії є однією з найскладніших та суперечливих проблем цієї нозології.

В практичній психіатрії власне прояви дефіциту по своїй суті є найбільш прогностично несприятливими, тому що призводять до швидкої інвалідизації, ускладнюють чи навіть унеможливають проведення ефективних реабілітаційних заходів. На сьогоднішній день не встановлено чітких закономірностей формування того чи іншого варіанту дефіцитарних змін, немає достатньо даних, які б підтверджували залежність від застосування того чи іншого виду психофармакотерапії, та інших чинників.

Метою дослідження було встановити клінічну вірогідність взаємозв'язку між наявністю музичного слуху і психопатологічними проявами дефіциту у хворих на шизофренію.

У досліджувану групу було включено 20 пацієнтів чоловічої статі, віком від 18 до 35 років, яким проводили дослідження музичного слуху за кількісно-якісним розпізнаванням тембру, ритмічності звуку за допомогою стандартного набору аудіозавдань, та було виявлено розвинутий музичний слух. В усіх випадках було діагностовано відповідно до критеріїв МКХ 10-го перегляду параноїдну шизофренію (F20). Контрольну групу склали 20 пацієнтів цієї ж вікової категорії, статі з діагнозом параноїдної шизофренії та відсутнім музичним слухом. В обох випадках було проведено оцінення негативної симптоматики з використанням шкали Оцінки негативних симптомів-16 (ОНС-16), 16-item Negative Symptom Assessment (NSA-16).

Згідно з результатами нашого дослідження можна стверджувати, що в пацієнтів з розвинутим музичним слухом рівень дефіцитарної симптоматики у формі зниження психічної активності (поєднання псевдобрадіфренії із збідненням афективних та вольових процесів) значно нижчий, ніж у пацієнтів без розвинутого музичного слуху. При порівнянні показників субшкал використаної шкали NSA-16 в групі пацієнтів з музичним слухом показники негативної симптоматики є значно нижчими, максимальний рівень яких не перевищує $3,65 \pm 0,26$ (відображає статевий потяг), решта рівнів показників не перевищують $2,55 \pm 0,18$, що клінічно відповідає легкому ступеню вираженості дефіцитарних проявів. Відповідні показники субшкал в групі пацієнтів без музичного слуху є значно вищими, мінімальні значення — від $3,5 \pm 0,15$ до максимальних $6,3 \pm 0,15$, що клінічно відповідає вираженим дефіцитарним проявам при шизофренії. Коефіцієнт Пірсона в усіх випадках свідчить про високий ступень кореляції, при встановленому $p < 0,05$.

Отримані нами результати узгоджуються з вже наявними даними дослідників щодо особливостей психоакустики у пацієнтів із шизофренією. Водночас було виявлено, що взаємозв'язок поміж клінічною картиною дефіцитарної симптоматики та музичним слухом має високий достовірний ступінь кореляції, доповнюючи та розширюючи тим самим вже проведені дослідження. Результати дозволяють підтвердити доцільність визначення музичних здібностей в пацієнтів при шизофренії з метою розширення прогностично-діагностичних можливостей в психіатричній практиці.

УДК 616.85-056.4 618.2-084

Криворотько Я. В., Криворотько К. І.
Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків)

**Організація психотерапевтичної допомоги жінкам
у перинатальному центрі**

Дослідженнями останніх років показано збільшення психологічних та несприятливих психічних розладів у жінок під час перебування під наглядом акушерів-гінекологів. Особливо актуальною ця проблема стає під час хірургічного втручання у гінекологічних відділеннях та у разі ускладнень під час вагітності та пологів.

Саме психологічні проблеми та несприятливі психічні розлади у жінок можуть посилювати органічні порушення небажаних ускладнень під час хірургічних втручань у гінекологічному відділенні та в акушерському стаціонарі. Комплексний медико-психологічний супровід жінок дозволяє проводити психопрофілактичні, психогігієнічні та психокорекційні заходи у жінок протягом лікування хвороб та під час вагітності.

Для запобігання чинників розвитку різноманітних несприятливих розладів проводиться медико-психологічний супровід жінок у перинатальному центрі в декілька етапів. На першому етапі необхідно первинне психотерапевтичне інтерв'ю, яке проводиться у жіночій консультації при первинному прийомі лікаря акушера-гінеколога. Наявність гінекологічних або акушерських ускладнень потребує подальшої медико-психологічної корекції. Наступний етап відбувається в умовах стаціонару: в гінекологічному відділенні до або після хірургічного втручання, в акушерському стаціонарі — протягом перебування на лікуванні або до та після кесаревого розтину.

За наявності показань у жінок проводили короткострокову психотерапію. Було застосовано раціональну психотерапію, елементи когнітивно-біхевіоральної, гештальт-терапії, арт-терапії, аутогенного тренування та інші. Впровадження цього комплексу психотерапевтичних методик в практику роботи лікаря-психолога, практичного психолога, лікаря-психотерапевта дозволяють поліпшити психологічний стан жінок під час лікування у жіночих консультаціях, гінекологічному та акушерському стаціонарі і забезпечує можливість профілактики та лікування несприятливих психічних розладів у жінок, формування у них адекватного ставлення до хвороби та вагітності.

Результати досліджень показали високу ефективність застосованої психотерапевтичної корекції у жінок з гінекологічними проблемами та у вагітних, яка сприяла формуванню стабільного психоемоційного стану, зниженню соматичних ускладнень у жінок.

УДК 616.891-085:615.851

Кудінова О. І.¹, Чорна Т. С.¹, Злобін О. О.²

¹Харківська медична академія післядипломної освіти
(м. Харків);

²Харківська клінічна лікарня на залізничному транспорті
№ 1 Філії «Центр охорони здоров'я» ПАТ «Укрзалізниця»
(м. Харків)

**Психотерапія в системі лікування хворих
на тривожні розлади**

За даними ВООЗ, поширеність тривожних розладів протягом життя в Україні становить 6,1 %. За даними міжнародного огляду популяційних досліджень, поширеність тривожних розладів протягом 12 місяців становить 5,6—18,1 %, де панічні розлади і генералізований тривожний