

змінилася і мотивація суїцидальних вчинків. Суїцидальна поведінка є своєрідним проявом дезадаптивних копінгів поведінки і її можна розглядати як результат формування і розвитку певного «життєвого сценарію», що закладається ще в ранньому дитинстві. Головною проблемою, яка може виникнути в цей віковий період, є поглибленість собою й уникнення міжособових стосунків, що є психологічною основою для виникнення відчуття самотності, екзистенційного вакууму і соціальної ізоляції.

Мета роботи: удосконалення діагностики, прогнозу та профілактики суїцидальної поведінки у дітей та підлітків із депресією.

Комплексне клінічне дослідження проводилося у відділенні дитячої психіатрії у період 2008—2011 рр. на базі клініки ДУ «ЮЗДП НАМН України». Обстежено 125 дітей у віці 7—11 років і 220 підлітків 12—18 років із депресією невротичного генезу. Використовували клініко-анамнестичний, клініко-психопатологічний, психологічний (тест визначення рівня невротичного стану за Б. Д. Менделевичем і К. Н. Яніним; тест визначення рівня депресії за В. А. Журовим; Колумбійську шкалу оцінки тяжкості суїциду (GSSRS) за К. Posner et al., доповнені спеціально розробленими анкетами для стандартизації результатів клінічного обстеження.

Визначено, що питома вага суїцидальної поведінки у дітей із депресіями складає 15,2 %; у підлітків із депресіями — 11,0 %. У структурі суїцидальної поведінки у дітей 7—11 років частіше реєструвалися суїцидальні спроби, а у підлітків — суїцидальні думки, суїцидальні вислови, демонстративна суїцидальна поведінка. Найбільшу питому вагу суїцидальної поведінки зареєстровано у дівчат-підлітків порівняно з хлопчиками. Істинну суїцидальну поведінку зареєстровано у хворих із девіантним і тривожним синдромом комплексом депресії. Шляхом вимірювання кореляції рангів за допомогою коефіцієнтів Спірмена і встановленням статистичної достовірності за таблицею критичних значень t-критерію Стьюдента здійснювали вивчення зв'язку між проявами, що вивчалися. Установлено, що найбільшу діагностичну значущість у формуванні суїцидальної поведінки у підлітків із депресією мали симптоми: гіпотимія, тривога; синдроми — девіантний, тривожний; вік 7—11 та 14—18 років; суїцидальна поведінка у одного з батьків; чинник порушення комунікативної активності з однолітками; низький рівень соціальної адаптації, конфлікти в школі, чинник неповної сім'ї; соціальний стан батьків — безробіття; недостатній рівень соціалізації дитини у школі.

Програма медико-психотерапевтичної інтервенції для дітей з депресією і суїцидальною поведінкою, включала когнітивно-поведінкову терапію, гештальт-експеримент, метод діалогу, роботу з полярностями, психодраматичне програвання ситуації, арт-терапію. Обсяг психотерапевтичних інтервенцій для підлітка зі спробою суїцидальної поведінки включав кризове втручання, поведінкове втручання (навчання навичкам керування), психологічну корекцію в програмі «підліток — проблема», реконструктивну кондуктивну психотерапію, тренінг для зняття комунікативної напруженості, тренінг для формування адаптивних соціальних навичок.

Отримані дані можуть бути використані при формуванні програм первинної і вторинної профілактики суїцидальної поведінки у дітей і підлітків із депресивними невротичними розладами.

УДК 616.895.8:616.89-02-085:615.851

Н. Г. Пшук, М. В. Маркова**, Є. Я. Пшук**

Вінницький національний медичний університет

*ім. М. І. Пирогова**

*Харківська медична академія післядипломної освіти***

ДИНАМІКА ОЦІНКИ РЕСУРСУ СІМ'Ї, ДЕ ПРОЖИВАЄ ХВОРИЙ НА ПАРАНОЇДНУ ШИЗОФРЕНІЮ

В останні роки спостерігається значний науковий інтерес до удосконалення програм лікувально-реабілітаційного спрямування для хворих, які страждають на шизофренію. В межах реабілітаційного напрямку акцентується увага на вивченні особливостей функціонування сімей, де є хворий на шизофренію. Одним з чинників, що визначає актуальний функціональний стан сім'ї та впливає на рівень її адаптивності, є ресурс сімейної підтримки психічно хворого.

Мета: визначити ресурс сімейної підтримки хворого на шизофренію та його динаміку в процесі хвороби.

За умови інформованої згоди було обстежено 28 сімей, в яких проживає хворий на шизофренію (всі хворі — особи чоловічої статі). Основними критеріями включення в дослідження були: наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F 20.0); наявність епізодичних проявів психозу

з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини (Д, $n = 13$) або ж референтного родича (РР, $n = 15$) взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих молодше 23 років та старше 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострої продуктивної симптоматики або ж гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями (МКХ-10) у 17 пацієнтів діагностувався епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом, у 11 — безперервний. Середній вік хворих на момент обстеження — $34,1 \pm 0,8$ років. Тривалість спостереження хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше 1 року, в середньому 2,7 року. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 9 пацієнтів була до 2-х років, у 11 — до 4 років та у 8 — більше чотирьох років. Середній вік маніфестації захворювання — $25,3 \pm 2,9$ років. 13 пацієнтів мали власну сім'ю, 15 — проживали з батьками.

Оцінку ресурсу сімейної підтримки пацієнта здійснювали за допомогою шкал структурованого інтерв'ю (В. А. Абрамов, І. В. Жигуліна, Т. Л. Ряполова, 2009).

У пацієнтів з загальною тривалістю параноїдної шизофренії до двох років визначався достатній ресурс сімейної підтримки, основою якого було позитивне ставлення членів сім'ї до пацієнта як в емоційному, так і в соціальному плані ($12,2 \pm 0,7$ РР та $11,9 \pm 0,2$ Д). Внутрішньосімейні стосунки ґрунтувались на позитивно-емпатичній взаємодії. Члени родини з розумінням та повагою відносились до хворого, намагаючись у будь-якій складній ситуації його підтримати, об'єктивно оцінювали життєві позиції пацієнта та його плани на майбутнє, позитивно впливали на формування комплаєнтності.

З подовженням тривалості хвороби знижувалася мотивація членів родини до надання як соціальної, так і економічної підтримки пацієнтові (обмежений сімейний ресурс, відповідно, в балах — $18,1 \pm 0,5$ РР та $19,3 \pm 4,6$ Д). Домінуючим мотивом у висловлюваннях як дружин, так і референтних родичів був акцент на порушеннях внутрішньосімейних стосунків, що пов'язані з матеріальною скрутою, неспроможністю вести продуктивний спосіб життя, надавати емоційну підтримку пацієнту.

У хворих з тривалістю хвороби від 4 до 6 років виявлено низький ресурс сімейної підтримки, достовірно нижчий з боку дружин пацієнтів — $37,5 \pm 1,9$ Д та $31,1 \pm 2,4$ РР балів ($p < 0,01$).

Ресурс сім'ї та психологічний дисбаланс у сімейних стосунках в родинах пацієнтів з шизофренією зменшується зворотно пропорційно збільшенню тривалості хвороби та супроводжується відсутністю адекватної оцінки подальшої долі хворого, який стає як моральним, так і економічним тягарем для сім'ї, що може суттєво впливати на подальший перебіг його хвороби.

УДК 615.456-657.356.647.12

Радіонова С. І., Рачкаускас Г. С.

*ДЗ «Луганський державний медичний університет»,
Луганська обласна клінічна психоневрологічна лікарня*

СТАН ЛІПОПЕРОКСИДАЦІЇ У ХВОРИХ НА ФЕБРИЛЬНУ ШИЗОФРЕНІЮ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РЕАМБЕРИНУ

Фебрильна шизофренія (ФС) — особлива форма шизофренії, перебіг її завжди важкий, а прогноз захворювання сумнівний або несприятливий. Проте, важливою проблемою в даний час є не тільки лікування нападів ФС, але також раціональні реабілітаційні заходи після перенесеного фебрильного нападу.

Завданням медичної реабілітації на сьогоднішній день є не тільки відтворення порушених психічних функцій, але також відновлення біохімічного та імунологічного гомеостазу, тому ми вважали за доцільне вивчити динаміку показників ліпопероксидації з метою уточнення можливої патогенетичної ролі порушень цих показників в механізмах формування ФС та можливості їх корекції при застосуванні в комплексі медичної реабілітації сучасного засобу з детоксикуючою та антиоксидантною активністю реамберину.

Нами було обстежено 65 хворих на шизофренію (28 чоловіків та 37 жінок) у віці від 32 до 58 років, які перенесли фебрильний напад шизофренії та були на стадії ранньої ремісії. Всі обстежені були поділені на дві групи: основну (33 пацієнти) і групу порівняння (32 хворих), рандомізовані за віком, статтю та тяжкістю перебігу ФС. Хворі обох груп отримували лікування основного захворювання загальноприйнятими методами, крім того пацієнти