

г) сумнів у очевидному, — при відсутності власної суб'єктивної аргументації (особа ще не встигла таку аргументацію випрацювати), — має наслідком розгубленість або недовіру до загальноприйнятого визнання реальності (амбівалентність);

д) якщо первинними при шизофренії є **розлади сприймання**, то вони не інтерпретуються і не переживаються як **неочевидні** (не реальні):

е) в ситуаціях, які посилюють сумніви або недовіру до очевидного, — а це всі ситуації, які вимагають максимального соціального пристосування до загальноприйнятих правил реальності — виникає тривога і посилюється розгубленість;

ж) соціальне пристосування у таких кризових ситуаціях найбільш імовірно через випрацювання двох суб'єктивних інтерпретативних позицій:

— або соціальне оточення є ворожим, не приймає і виштовхує чи ліквідує мене за неприналежність до нього;

— або ж воно (соціальне оточення) наділяє мене особливим статусом;

з) названі дві інтерпретації **у своїй єдності** є основою усякого маячення;

і) усяке маячення, тому, має у собі обидві позиції: і ворожості з боку оточення, і особливого статусу для оточення;

к) маячення блокує будь-які аргументи щодо очевидних фактів реальності.

6. Які ж порушення психічного (омінаючи нейрофізіологічні аспекти проблеми, які є самостійними) можуть відповідати за «розлад очевидності»? Для відповіді необхідний наступний короткий екскурс у проблему.

7. Визнання очевидності у сприйнятті та розпізнаванні реального базується на правилах формального розуміння. За дотримання цих правил відповідає **розсудок**, або здатність міркувати, тоді як за пізнання з урахуванням принципів (ідей) відповідальним є **розум**.

8. Розлад очевидності, який має стосунок до **загальноприйнятої і безсумнівної** інтерпретації реального, є порушенням у застосуванні **правил розуміння**, але не **обов'язково уяви та ідей**. Це могло б означати, що при порушенні очевидності (шизофренічній диспозиції), **розум як здатність мати уяву і давати ідеї, залишається інтактним**.

9. Розсудок, що діє за загальними правилами, є базовою основою пізнання предметної реальності — на рівні із чуттєвістю (здатністю сприймати). Тобто, предметна реальність дана нам або через чуттєвість (сприймання) або через здатність надавати чуттєво сприйнятим предметам понятійне визначення, тобто через розсудок. Образно кажучи: сприймання без поняття є сліпим (рефлексом), а поняття без сприймання — пустим (фікцією). Тому шизофренічний розлад призводить або до сліпоти у сприйманні реальності або ж до фікції у її інтерпретації.

10. Розлад очевидності, таким чином, полягає у такому порушенні схильності до утворення загальноприйнятих понять, а відтак і інтерпретацій очевидної реальності, **з утворенням «інакших» понять**, які не мають під собою **соціально узгоджених аргументів** та конотацій.

11. Так звана **шизоморфна диспозиція**, що відповідає за «інакшість» інтерпретацій очевидного і за пошук неочевидних аргументів, може виявитися **еволюційно необхідним механізмом** для розвитку пізнання — в частині пошуку нестандартних і нових рішень.

12. Якщо розглядати шизофренію як частину єдиного шизоморфного генетичного спектра, то це захворювання

може виявитися необхідною дегенеративною «платою», крайнім варіантом спектра, у якому перехідними формами є пограничні шизофренічні стани, а іншим полюсом — креативна частина шизоїдії, **тобто здатності до нестандартного абстрактного розсудку**.

15. Про те, що шизофренія несе у собі певний біологічно значимий смисл, свідчить **біологічна константність її захворюваності**, у всіх культурах і за усіх соціальних обставин незмінна — 1% населення.

14. Така константність може свідчити про **неухильно обов'язкову частку осіб** у загальнолюдській популяції з дезадаптивним варіантом шизоморфного модусу менталізації. Це, у свою чергу, дає підстави вважати, що високоадаптивна частка таких осіб, — здатних до альтернативного пізнання очевидної реальності, — може бути ще однією біологічно важливою константою.

УДК 616.89-008.447-008.444.9:362.1

І. О. Франкова

Український науково-дослідний інститут соціальної і судової психіатрії та наркології МОЗ України, м. Київ
До питання про клініко-психологічні особливості психосоматичних пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією

Відторгнення з боку батьків є предиктором амбівалентного стилю прихильності, який у поєднанні з сором'язливою особистістю та знуцаннями і відторгненням в шкільному віці з боку однолітків сприяє виникненню гострої соціальної самоізоляції. Надалі пацієнти відчують труднощі у подоланні проблем в соціальних комунікаціях у зв'язку зі страхом бути відторгненим, що змушує їх ізолюватися від соціальних взаємодій і відсторонюватися від суспільства взагалі.

В даний час як критерії гострої соціальної самоізоляції розглядають такі прояви поведінки: більшу частину доби і майже кожен день людина проводить вдома, в окремій кімнаті; виявляється явне і стійке уникання ситуацій соціальних контактів (відвідування школи чи роботи) і соціальних стосунків (дружба, контакти з членами родини); соціальна ізоляція служить сильною перешкодою для особистісного і соціального функціонування в професійній, академічній, громадській діяльності або міжособистісних стосунках.

Внаслідок впливу хронічного стресу (фізичне, емоційне або сексуальне насильство, досвід тривалої розлуки або втрати близької людини, знуцання в колективі, роль жертви чи «цапа відбувайла») змінюється вміст «гормона стресу» кортизолу в крові, що стимулює загибель клітин гіпокампа і веде до зниження обсягу префронтальної кори, що, в свою чергу, погіршує подальшу переносимість стресових ситуацій, впливає на життєстійкість особистості і підвищує рівень тривожності.

Дослідження клініко-психологічних особливостей пацієнтів з гострою соціальною самоізоляцією виявило зниження рівня самооцінки за методикою Дембо — Рубінштейн (в модифікації Прихожан А. М.) та рівня домагань, внаслідок тривалого впливу фрустрації. За допомогою Тесту малюнкової фрустрації С. Розенцвейга (Тарабрин Н. В., 1994) було виявлено зниження фрустраційної толерантності. Дослідження агресивної поведінки за допомогою опитувальника Басса — Даркі (А. Басс, А. Даркі, 1957) виявило підвищені рівні непрямой агресії, роздратування (запальності, грубості), негативізму, почуття образи, провини та підозрливості щодо людей та

переконавання в тому, що інші люди планують і завдають шкоди. Методика дослідження схильності до віктимної поведінки (Андронникова О. О., 1984) виявила зниження мотивації на досягнення, високий рівень образливості.

Більш детальна діагностика виявляє порушення можливості розпізнавати та регулювати базальні емоції (радість, горе, страх, гнів, інтерес, відроза, презирство, подив, сором, вина), і усвідомлювати власний емоційний досвід. Тоді будь-які події (радісні чи сумні) не отримують емоційного резонансу, оскільки особа фактично відчужена від навколишнього світу (Лурія А. Р., 2003).

У людей, яким важко розрізнати свої звичайні емоції, знижується здатність зчитувати і розпізнавати інформацію невербально, розвивається алекситимія, тобто здатність до емпатії виявляється вкрай обмеженою. Як відомо, алекситимія є предиктором розвитку багатьох психосоматичних розладів, виникає ризик розвитку соматичної патології.

УДК 616.839:615.214-08

К. В. Харіна

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Астенічний синдром у хворих з вегетосудинною дистонією та його корекція

Вегетосудинна дистонія (ВСД) є найбільш поширеною патологією з частотою зустрічальності в популяції населення від 4,8 до 29,1 %. Щорічно реєструється від 1500 до 1700 нових випадків захворювання. На її частку припадає до 15—20 % функціональних розладів серцево-судинної системи.

Астенічний синдром — це один з найбільш поширених синдромів у хворих на ВСД.

Метою нашої роботи стало оцінити вплив препарату гербастрес на астенічний синдром в лікуванні хворих з ВСД.

Нами було обстежено 30 пацієнтів з ВСД (8 чоловіків та 22 жінки) у віці від 18 до 40 років, в клінічній картині яких переважали вегетосудинні та астенічні порушення. Серед пацієнтів, яких було включено в обстеження, переважали жінки. Середній вік хворих був $33,6 \pm 14,7$ роки.

Хворі отримували гербастрес у дозі 1 таблетка 1 раз на добу протягом місяця. Обстеження хворих проводилося перед та після лікування. Майже в усіх хворих спостерігалися різноманітні астенічні та психоемоційні порушення (загальна слабкість, стомлюваність, понижена працездатність, дратівливість, тривожність, фобії, понижений, депресивний фон настрою). Астенічна симптоматика, що спостерігалась у обстежених хворих з ВСД, існувала як у рамках самостійного (астенічного) синдрому, так і входила до структури більш складних невротичних і неврозоподібних, психопатичних і психопатоподібних синдромів. У неврологічному статусі у хворих виявлялася незначна мікстова розсіяна симптоматика, без осередковості. В процесі терапії препаратом гербастрес в усіх пацієнтів відбувалося поступове зниження виразності основних клінічних проявів (вегетативних та астенічних ознак). У пацієнтів зменшувались вегетативні порушення (зменшення або зникнення тахікардії, пітливості, пароксизмальних станів, координаторних, психоемоційних розладів, порушень сну). В ході 1-місячної терапії у хворих спостерігалось поступове помірне зменшення частоти серцевих скорочень і зниження артеріального тиску (як систолічного, так і діастолічно-

го). В усіх пацієнтів зареєстровані позитивні зміни і при проведенні ЕКГ-дослідження. Різні неспецифічні зміни на ЕКГ при відсутності морфологічних змін у серцевому м'язі були обумовлені підвищенням тону симпатичного відділу вегетативної нервової системи і характеризувались синусовою тахікардією, високим, зміненим зубцем Т, синусовою аритмією, підвищеним сегментом ST, екстрасистолиєю. Під впливом гербастрес повністю зникли екстрасистоли, нормалізувався серцевий ритм. Негативного впливу на показники периферичної крові, основні біохімічні константи не було. За шкалою астенічного стану виразність астенії на початку дослідження складала 76—95 балів, що відповідало астенії середнього ступеня тяжкості. Середні показники виразності астенічної симптоматики до лікування гербастресом складала $(96,2 \pm 5,6)$ бали, після — знизилась до діапазону «слабка астенія» $(52,7 \pm 5,4)$ бали. Виразність астенії за шкалою астенічного стану на більше ніж один рівень виявлявся у 73 % хворих. У 20 % хворих виразність астенії зменшилася менш ніж на один рівень, що відповідає «помірній ефективності». У 7 % хворих позитивної динаміки астенічної симптоматики не було, стан зберігався на тому ж рівні, що відповідало «низькій ефективності». Після закінчення лікування хворі всіх груп оцінювали динаміку свого стану як «позитивну».

Таким чином, при застосуванні препарату гербастрес у хворих на ВСД відмічено зменшення тяжкості основних проявів вегетативної дистонії, астенічного синдрому.

УДК 616.831-005:577.11-08

К. В. Харіна, Г. В. Лінська

*ДУ «Інститут неврології, психіатрії та наркології
НАМН України», м. Харків*

Гіполіпідемічна терапія у пацієнтів з лакунарними інфарктами

В останній час великі надії на зниження темпу прогресування цереброваскулярної патології, зокрема атеросклерозу пов'язують із застосуванням статинів. Впровадження статинів у нас в країні набуває більш широкого масштабу. Статини розглядаються як неодмінна складова лікувальних програм при цереброваскулярних захворюваннях. Щодо вторинної профілактики мозкових катастроф, спектр ефективних статинів обмежується винятково аторвастатином.

Метою нашого дослідження було дослідити ефективність та безпеку застосування такого аторвастатину як Лівостор у вторинній профілактиці у пацієнтів з перенесеними лакунарними інсультами (ЛІ).

У дослідження було включено 35 хворих, які перенесли ЛІ не пізніше 6 місяців від початку дослідження, з гіперліпідемією. Частка жінок з ЛІ була незначно більшою (18 хворих (51,4 %)). Середній вік хворих склав $(64,7 \pm 9,9)$ роки. Діагноз ЛІ головного мозку було встановлено відповідно до критеріїв TOAST. Ураження невеликих гілок середньо-мозкової артерії (за даними нейровізуалізації) в обох півкулях спостерігалось у 22 випадках (62,9 %), в одній півкулі — у 13 (37,1 %) пацієнтів. Основним чинником ЛІ у більшості пацієнтів була гіпертонічна хвороба III ст. — 21 хворий (60,0 %). В інших випадках це був атеросклероз — 4 хворих (11,4 %), а у 10 хворих (28,6 %) мало місце поєднання обох нозологій. Рівень загального холестерину (ХС) в усіх хворих був вищий за 6,5 ммоль/л. Усі пацієнти на момент дослідження не приймали гіполіпідемічні препарати раніше або припи-