

болями, вираженою подразливістю, вразливістю, агресивністю. На даному етапі больні продовжали виконувати звичайний для них об'єм роботи, однак із-за вираженої подразливості їх поведінка носила скоріше не невротический, а психопатический характер, больні зловживали спиртними напінками, четверо із них уживали наркотическі вестества. Уже на цій стадії нарастала егоцентризм, безразличіє к родним і близьким, погоня за сиюминутними удовольствіями. Вираженого оскуденія умственной діяльності оточуючіє не замечали. Пациенти к врачу не отбращались.

Стадія расцвети симптоматики у всіх больних возникла для оточуючих несподівано. Пациенти переставали удерживатися в семье, на роботі, совершали нелепіє поступки, что заставляло родственників отбращатися за медіцинської помістю. У пациентов резко нарастала истощаемость нервних процесов, усиливались головніє боли, появлялась заторможенність, «одурманенність», оглушенність. Они утрачивали способность поддерживать разговор, невпаад вставляли слова и реплики, были подозрительными, негативно относились к близким, подозревали их в недобржелательном отношении, что приводило к ошибочной диагностике шизофрении. И только при более детальном изучении психического статуса выявлялся мегаломанический характер высказываний пациентов, они заявляли, что имеют на счету тысячи долларов, в гараже сотни джипов, что совершенно не соответствовало действительности. В этой стадии прогрессирующе нарастало слабоумие, вплоть до грубых расстройств счёта, невозможности вычленить четвёртый лишній, провести элементарные сравнения. Больные не ориентировались в месте, времени, не могли принять новые решения, действовать соответственно изменившейся обстановке, были неряшливы, вскоре у них нарушались элементарные гигиенические навыки. Пациенты выглядели вялыми, оглушенными. Данная стадия протекла менее года и сменялась терминальной.

Терминальная стадия проявлялась грубым слабоумием, физическим и психическим распадом личности. Пациенты переставали узнавать оточующих, отличать съедобное от несъедобного.

Следует отметить, что в 14 из 21 случая у пациентов не отмечалось неврологической симптоматики, типичной для прогрессирующего паралича.

УДК 61689-008.441.42-06

ДЕБЮТ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ В РАМКАХ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА

С. Е. Казакова

Луганский государственный медицинский университет

Ключевые слова: нервная анорексия, эндогенный процесс

Обследовано 172 девушки с нервной анорексией в возрасте от 15 до 25 лет, при этом у 55 человек (31,9 %) нервная анорексия маскировала дебют шизофрении и являлась лишь синдромом при эндогенном процессе. В преморбиде данные пациенты отличались неконформностью. Они были оторваны от реальной жизни, их мечты и фантазии заменяли действительность. Из-за выраженной инфантильности они нуждались в постоянной гиперопеке родителей. Девушки неоднократно пробовали самоутвердиться, однако их самоутверждение проявлялось странностью и неадекватностью, что делало их объектом насмешек сверстников. Мечта об идеальной фигуре также носила карикатурный характер. В течение 2—3 недель от замеченного родителями дебюта заболевания у пациенток расширялась фабула дисморфоманических расстройств. Больные начинали предъявлять множество жалоб соматовегетативного характера, усложнялась нетипичность их поведения, отбращала на себя внимание огрубленная манерность, усиливалась отчужденность, некритичность, неконтактность. Девушки отбращали на себя внимание молчаливостью, сосредоточенностью на своих переживаниях, отгороженностью от оточующего. Настроение больных отмечалось преимущественно тревожно-депрессивными

расстройствами. В этот период пациентки теряли больше 20 % веса, девушки практически прекращали есть самостоятельно, насильственное кормление родственниками вызывало рвоту. Наблюдались изменения со стороны внутренних органов, тошнота, головокружение, артериальная гипотензия, тахикардия, гипергидроз, боли в животе, метеоризм, рвота. Речь становилась заторможенной. Пациенты не всегда понимали отбращенную к ним речь, отмечались ответы мимо. Нарастала хаотичность мышления, взгляд пациентов становился угрюмым, действия нецеленаправленными, периодически возникла спутанность сознания. Эндогенный процесс вначале носил эпизодический характер. Через 2—3 месяца после дебюта шизофрении наряду с позитивной симптоматикой отмечались отдельные негативные проявления. Дефект имел характер сензитивной аутизации, при этом в структуре дефекта, одновременно с типичными эндогенными проявлениями, отмечались черты соматического эгоизма. В дальнейшем ремиссии становились всё более краткими, течение приобретало характер непрерывного процесса, расширялась позитивная симптоматика, углублялась и негативная, при этом возникала так называемая негативная аффективность — апатия, ангедония, психическая анестезия. К этому времени явления анорексии отходили на второй план и скрывались под пластом грубых аффективных и бредовых расстройств, усиливалась неряшливость, карикатурность, брутальность, нередко анорексия сменялась булимией.

УДК 616.89-008

РІВЕНЬ ОСОБИСТІСНОЇ І РЕАКТИВНОЇ ТРИВОЖНОСТІ У ХВОРИХ НА СОМАТОФОРМНІ РОЗЛАДИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медіцинний університет, м. Чернівці

Ключові слова: хворі на соматоформні розлади, тривожність

Дія психосоціальних стресів, що провокують внутрішні конфлікти і викликають адаптивну реакцію, може виявлятися приховано, під маскою соматичних розладів, симптоматика яких схожа з симптоматикою органічних захворювань, що ускладнює їх діагностику і лікування.

Мета роботи — дослідити фактори ризику та антиризико виникнення терапевтичної резистентності у хворих із соматоформними психічними розладами.

Обстежено 45 пацієнтів із соматоформними розладами, віком від 29 до 52 р. Проведено клініко-психопатологічне обстеження, що дозволяє визначити рівень тривожності (реактивної і особистісної) за допомогою методики Спілбергера.

Дослідження рівня тривожності у хворих досліджуваної групи показало достовірне підвищення рівня реактивної і особистісної тривожності порівняно з контрольною групою. У більшості хворих високий рівень тривоги відповідав стану ситуаційної дезадаптації і мав зворотній характер. При порівнянні високої і середньої особистісної тривожності з рівнем вегетативного реагування виявлені зв'язок, а саме — при високій особистісній тривожності виразність вегетативних порушень була більше, ніж при середній особистісній тривожності.

Проведені дослідження дозволили зробити висновок, що виявлені розлади зумовлені високим рівнем реактивної і особистісної тривожності, що потребує психотерапевтичного впливу і психофармакологічної корекції.

УДК 616.89-085

ТЕРАПЕВТИЧНА РЕЗИСТЕНТНІСТЬ ХВОРИХ ІЗ НЕВРОТИЧНИМИ, ПОВ'ЯЗАНИМИ ЗІ СТРЕСОМ ТА СОМАТОФОРМНИМИ РОЗЛАДАМИ

Н. С. Карвацька

Буковинський державний медіцинний університет, м. Чернівці

Ключові слова: терапевтична резистентність, хворі з невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними розладами

Однією з центральних проблем сучасної психіатрії залишається проблема терапевтичної резистентності пацієнтів із невротичними, пов'язаними зі стресом та соматоформними