

хронічної алкогольної інтоксикації. В евакуйованих або переселених з радіоактивно забруднених територій переважають невротичні, пов'язані зі стресом та афективні розлади, хронічна цереброваскулярна недостатність та розлади вегетативної нервової системи. У клінічній картині нервово-психічних розладів у них переважають ознаки ураження стовбуру мозку та неврозоподібна симптоматика, яка викликана іри-тацією серединних структур головного мозку, а в динаміці відсутня прогредієнтність. Характерними особливостями структури психічних розладів у персоналу ОУ після робіт є збільшення кількості невротичних, пов'язаних зі стресом та соматоформних розладів із вживанням алкоголю у надмірній кількості. В клінічній картині переважає неврозоподібна та мікроегнищева неврологічна симптоматика, а характерними нейрофізіологічними особливостями є збільшення  $\delta$ -,  $\theta$ - та  $\beta$ -активності й зменшення середньої домінуючої частоти в задніх відведеннях головного мозку. В динаміці виявлено поступове прогресування існуючих патологічних станів.

З метою удосконалення лікування та реабілітації постраждалих внаслідок аварії на ЧАЕС та персоналу ОУ визначена доцільність переходу на біопсихосоціальну модель, яка має такі етапи: біологічний (фармакотерапія), психологічний та соціальний, з урахуванням психопатологічних особливостей осіб кожної обстеженої групи.

Отримані результати можуть бути застосовані при розробленні та створенні загальнонаціональної системи охорони психічного здоров'я постраждалих при можливих радіаційних аваріях і техногенних катастрофах.

УДК. 616.89-071-008.47

#### **ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ ФОРМИРОВАНИЯ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВ ЭНДОГЕННОГО РЕГИСТРА НА БАЗЕ СКРИНИНГОВОЙ ОЦЕНКИ КРОВООБРАЩЕНИЯ И МЕТАБОЛИЗМА, ОСНОВАННОЙ НА ТЕРМОМЕТРИИ АКТИВНЫХ ТОЧЕК**

*Н. А. Малыгина, А. В. Малыхин, А. Е. Шахмаев*

*ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии АМН Украины», Харьков*

*Ключевые слова:* патогенетические механизмы, эндогенные депрессии

Применение современных средств вычислительной техники и математических средств моделирования компонентов афферентного и эфферентного синтеза на уровне нейрона способствует объективизации существующих и выделению новых диагностических критериев эмоционально-вегетативных реакций, лежащих в основе депрессий.

Под наблюдением находилось 110 больных с рекуррентным депрессивным расстройством различной степени тяжести (F 33.1, F 33.2, F 33.3). Средний возраст —  $45 \pm 15$  лет.

Для диагностики депрессивных состояний на основе термометрии активных точек (область бифуркации сонных артерий, подмышечной области и абдоминальной области) взята модель скрининговой оценки основных параметров жизнедеятельности человека, базирующейся на зависимости обмена ЛПВП и ЛПНП электронной структурой комплекса гема гемоглобина с оксидом азота. Гем гемоглобина связан со структурной трехслойной моделью клеточной мембраны жидкокристаллическим биослоем фосфолипидов, изменяющих массоперенос водорода и кислорода в белково-липидном комплексе. Фосфолипиды, состоящие из двух слоев с наличием липопротеидов, под воздействием липаз и фактора, активирующего тромбоциты (ФАТ), регулируют механизмы диффузии молекул водорода, кислорода, фосфора, серы и азота из одного слоя в другой путем перемещения электронов в пределах одного слоя. Эти перемещения зависят от строения клеточных мембран (содержания холестерина в эритроцитах  $1,26 \cdot 10^{-13}$  и гранулоцитах  $20,5 \cdot 10^{-13}$ ) и обусловлены электронным строением химических элементов, входящих в цитоскелет клетки. В зависимости от отношения суммы температур активных точек к температуре абдоминальной области (в норме 4,9—5,1) определяется положение аргинина (в норме — 117-е положение). При изменении

этих показателей в 117-м положении молекула трипсиногена аргинин заменяется гистидином. Эта замена изменяет взаимодействие оксида азота с железом клеточных металлопротеинов, что влияет на расстояние между атомами в молекуле кислорода до  $0,046 \text{ \AA}$ , в то время как межатомное расстояние в молекуле оксида азота изменяется на  $0,064 \text{ \AA}$ . Эти изменения межатомных расстояний влияют на частоту колебаний ионов йода и водорода. При температуре  $+37^\circ \text{C}$  частота колебаний иона йода составляет 214 кол. в с и частота колебаний иона водорода составляет 4395 кол. в с. Этот комплекс физико-химических информационных процессов, происходящих в клетках крови и эндотелия, определяет взаимопревращения одного вида энергии в другой (хемиостатический принцип энергетического сопряжения). Этот принцип взаимосвязан с регуляцией кардиального механизма, который обеспечивает кровообращение внутренних органов и изменяет кровообращение желудочно-кишечного тракта, активацию микрофлоры, определяющих образование метанолавого спирта. В результате этих преобразований нарушается создание протонного градиента мембранами клеток с образованием соответствующих метаболитов полипептидной природы  $\alpha$ - и  $\beta$ -соединений (энкефалины), состоящих из 16 и 31 аминокислотных остатков соответственно.

Данная патогенетическая модель, по нашим данным, лежит в основе формирования эндогенных депрессий.

УДК 616.85:616.8-008.64-08

#### **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ ПОРУШЕНЬ У ХВОРИХ НА НЕВРОТИЧНІ РОЗЛАДИ**

*Л. В. Малюта*

*ДУ «Институт неврологии, психиатрии та наркологии АМН України», м. Харків*

*Ключові слова:* психотерапія, депресія, невротичні розлади

Депресивні порушення в структурі невротичних розладів мають певні особливості та ускладнюють не тільки діагностику, але й перебіг та лікування основного захворювання. Терапевтична тактика для досягнення високої ефективності повинна бути комплексною і включати не тільки фармакотерапію, але й психотерапевтичну корекцію.

Метою цього дослідження стало вивчення депресивних порушень у хворих на невротичні розлади та розробка схеми психотерапії в структурі лікування вказаної патології.

В умовах відділу неврозів та пограничних станів було обстежено 35 хворих на невротичні розлади (F 45.3) з депресивними проявами, серед них 22 жінки та 13 чоловіків у віці від 18 до 60 років. Хворі були поділені на 2 групи: до першої увійшло 20 хворих, які отримували фармако- та психотерапію, до другої — 15, які отримували тільки фармакотерапію. Були використані клініко-психопатологічний метод, та психодіагностичний (шкали HAMD-24, MADRS).

Особливостями клінічної картини у хворих з даною патологією є переважання соматовегетативних порушень, на тлі яких відбувається фіксація уваги на неприємних відчуттях, формування депресивних, тривожних та фобічних симптомів стосовно власного здоров'я. Наявність депресивних порушень суттєво змінює клінічну картину. Афекти жаху та тривоги поглинаються депресією, яка виходить на перше місце. Саме тому під час проведення психотерапії необхідно враховувати ці клінічні особливості. На першому етапі лікування перевага повинна віддаватися підтримуючим та седативним психотерапевтичним впливам. На другому, необхідно приєднувати методи раціональної психотерапії як в межах індивідуальної, так і групової психотерапії, що спрямовані на зміну уявлень про власну хворобу. На третьому, приєднується функціональний тренінг, що спрямовано на покращання соціального функціонування. Аналіз ефективності проведення терапії показав, що у хворих першої групи клінічна динаміка була більш вираженою (одужання та значне покращання спостерігались у 85,7 %, покращання — у 14,2 %), у другій групі (покращання — у 87,5 %, відсутність покращання — у 12,5 %, одужання у цієї групи хворих не

спостерігалось). Використання комплексного підходу при лікуванні невротичних розладів з депресивними проявами сприяло підвищенню ефективності терапії.

Таким чином, за наявності депресивних симптомів в структурі невротичних розладів необхідно приєднувати психотерапію з урахуванням етапів лікування, що дозволяє підвищити якість лікування.

УДК 616.895:159.96+159.9(075)

### ВАРИАНТИ СІМЕЙНОГО ВЗАМОДЕЙСТВА, ФОРМУЮЩІСЯ В СЕМЬЯХ С «ОСОБЫМ» РЕБЕНКОМ

М. В. Маркова, Т. Г. Ветрила

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Евпаторийская городская больница № 2

Ключевые слова: семейное взаимодействие, ребенок с нарушением психического развития

Для определения мишеней и содержания системы медико-психологического сопровождения семей, воспитывающих ребенка с нарушением психического развития (НПР), путем проведения комплексного изучения психологических особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования, установлены различные варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком.

С соблюдением принципов биоэтики и деонтологии на базе Евпаторийской городской больницы № 2 проведено изучение 200 семей, в которых воспитывается ребенок с НПР: 82 % детей с расстройством психологического развития F 8, 18 % — с умственной отсталостью F 7. По основному критерию рандомизации — состоянию супружеских отношений — исследуемые семьи были разделены на две группы: 82 ± 3,8 % семей (164) с напряженными семейными отношениями (основная группа) и 18 ± 3,8 % семей (36) — с отсутствием семейной напряженности (группа сравнения).

Исследование включало оценку специфики внутрисемейных отношений (методика PARI E. С. Шефер, Р. К. Бел, адаптация Т. В. Нещерет), исследование личностных (Фрайбургский личностный опросник FPI) и характерологических особенностей супругов (опросник Г. Шмишека), изучение родительского отношения к ребенку и его болезни («Тест родительского отношения» А. Я. Варги, В. В. Столина и «ДОБР» В. Е. Кагана, И. П. Журавлевой), выявление особенностей супружеской коммуникации («Общение в семье» Ю. Е. Алешинной, Л. Я. Гозмана, Е. М. Дубовской) и функционирования семьи (В. В. Кришталь, И. А. Семенкина), а также идентификацию взаимосвязей между вышеуказанными параметрами.

На основании анализа особенностей семейного функционирования в различных плоскостях семейного взаимодействия, индивидуально-психологических особенностей супругов выявлены взаимосвязи между вышеуказанными параметрами, а также их роль в генезе нарушения семейных отношений (см. рисунок).



Варианты семейного взаимодействия, формирующиеся в семьях с «особым» ребенком, в зависимости от особенностей супругов на личностном, межличностном и родительско-детском уровнях функционирования

Полученные данные положены нами в основу при разработке системы медико-психологического сопровождения семей, в которых растет ребенок с НПР.

УДК 616.895-615.851-616.89-02-084

### ОСОБЛИВОСТІ СІМЕЙНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ТА АДАПТАЦІЇ В РОДИНІ У ПАЦІЄНТІВ, ХВОРИХ НА ШИЗОФРЕНІЮ, З ТОЧКИ ЗОРУ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПОТЕНЦІАЛУ СІМ'І

М. В. Маркова, В. О. Діхтяр

Харківська медична академія післядипломної освіти,  
КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер»

Ключові слова: сімейна взаємодія, психосоціальна адаптація, хворі на параноїдну шизофренію, психотерапевтичний потенціал сім'ї

Мета роботи — встановлення особливостей сімейної взаємодії родин пацієнтів, та рівня адаптації в родині хворих на шизофренію як основи для розробки системи психотерапевтичних заходів в їх комплексному лікуванні.

Для здійснення зазначеної мети за умови інформованої згоди на базі психоневрологічного відділення № 1 КУ «Бердянський психоневрологічний диспансер» клініко-психопатологічним та психодіагностичним методами обстежено 156 чоловіків, хворих на параноїдну шизофренію F 20.0 (ПШ).

У ході дослідження виділені основні типи взаємодії у родинах хворих на ПШ ( $p < 0,01$ ).

*I тип — деструктивний (емоційно-відчужений).* Відносини між членами родини характеризуються нетерпимістю, некоректністю, відсутністю такту, демонструванням негативних емоцій (злість, роздратування), невдоволеністю характером, зовнішністю або інтелектуальними здібностями хворого, браком емпатії, образливим ставленням.

*II тип — конструктивний (гармонічний).* Відносини між членами родини характеризуються рівновагою, підтримкою, доброзичливістю, довірою атмосферою, стриманістю у вираженні негативних емоцій, зацікавленістю, порозумінням та довірою один до одного, готовністю надати допомогу. Хворий допомагає у діяльності родини та в побуті (домашні справи), проводить із родиною дозвілля. У родині є усвідомлення хворобливого стану родича (несамостійність та залежність). Родина відгороджує хворого від конфліктів. Члени родини довіряють компетентності психіатра, співпрацюють з ним, прагнуть виконувати рекомендації, стежать за прийомом підтримуючої терапії.

*III тип — змішаний (напружено-диссоціативний).* Сімейна взаємодія в цих випадках включає риси обох вищезгаданих типів. Проте, даний тип має свої особливості. Так, батьки частіше мають протилежні позиції, що викликає напруженість у родині. Відсутність лояльності, постійні суперечності, неможливість згуртуватися, наявність діаметрально протилежних емоцій призводить до труднощів прийняття якогось рішення у родині та формування поляризаційної дисфункціональної сімейної структури.

Гармонічний тип сімейної взаємодії характеризується добрим психотерапевтичним потенціалом родини, при напружено-диссоціативному типу має місце середній, а при емоційно-відчуженому — незадовільний психотерапевтичний потенціал.

На підставі аналізу клініко-психопатологічних симптомів, загального індексу соціального функціонування, якості життя та стану родинної взаємодії пацієнтів, враховуючи рівні комплаєнтності як пацієнтів, так і членів родини до психотерапії, виділено та надано характеристику трьом рівням психосоціальної адаптації пацієнта в родині ( $p < 0,01$ ).

*Третій рівень психосоціальної адаптації пацієнта в родині.* Хворі характеризуються диспропорцією між окремими сферами психічного життя. При достатньо збереженій інтелектуально-пізнавальній сфері відзначаються значні порушення у сфері спілкування, захопленості та інтересів. У родині спостерігається ослаблення та переключування емоційних зв'язків. З часом коло спілкування у середині родини звужується. Порушення психосоціальної адаптації на