

Врахування рівня аутоагресії в розвитку психосоматичних захворювань у даного контингенту допоможе краще зрозуміти патогенез психічних захворювань, а також може бути корисним для подальшого врахування цієї ознаки при проведенні професійного відбору, що вдосконалить профілактичні заходи та знизить ризик розвитку психосоматичних захворювань у осіб, що працюють в небезпечних умовах.

УДК 616.89

### ДИСФУНКЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ У ПАЦІЄНТІВ, ЯКІ СТРАЖДАЮТЬ НА ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Г. А. Пріб

Український НДІ соціальної і судової психіатрії та наркології, м. Київ

*Ключові слова:* обмеження життєдіяльності (ОЖ), соціальна недостатність

За даними ВООЗ 70—90 % осіб із психічними розладами мають низьку якість життя. Це обумовлено таким: 1) тяжкі психічні розлади значно знижують когнітивні, емоційні та комунікативні здатності індивіда; 2) непередбачений перебіг тяжких психічних розладів; 3) побічні ефекти психотропної терапії; 4) стигматизація по відношенню до пацієнтів; 5) стримуючі чинники, які впливають на бажання працювати — страх втратити право на соціальний захист (зниження групи інвалідності); 6) суперечливість мети різних форм реабілітаційного втручання; 7) відсутність наступності та внутрішні суперечності між лікувальними, реабілітаційними, експертними та соціальними закладами, які надають допомогу хворим. У вітчизняній психіатрії наукові дослідження з питань визначення критеріїв обмеження життєдіяльності (ОЖ) у пацієнтів переважно є теоретичними розробками та не завжди можуть бути використані у практиці. У свою чергу, розробка індивідуальної програми реабілітації не ґрунтується на визначенні дисфункції соціальних ролей у суспільстві як соціальної складової ОЖ.

Мета дослідження: визначення впливу ОЖ у пацієнтів, які страждають на психічні розлади, що призводить до розвитку соціальної недостатності.

Завдання дослідження: проаналізувати складові, які ОЖ хворих призводять до дисфункції виконання соціальних ролей у суспільстві.

Обстежено 327 пацієнтів (досліджувана група) та 211 пацієнтів (група порівняння), які перебували на стаціонарному лікуванні у Київській міській клінічній психоневрологічній лікарні № 1.

Методи дослідження: метод структурованого інтерв'ю у рамках клініко-психопатологічного підходу, соціально-експертний, статистичні.

Встановлено, що у 6,1 % пацієнтів досліджуваної групи до проведення реабілітаційних заходів соціальний статус класифікувався як «без дисфункції», після реабілітації такий статус виявлено у 24,5 % хворих. У групі порівняння відповідно — 6,5 % та 11,3 % ( $p < 0,05$ ). З мінімальною дисфункцією відповідно спостерігалось 7,5 % та 22,2 % пацієнтів у досліджуваній групі й 8,1 % та 12,8 % — у групі порівняння ( $p < 0,05$ ). Перерозподіл пацієнтів у підгрупу з мінімальною або відсутньою дисфункцією в основному відбувався за рахунок пацієнтів з очевидною, серйозною та дуже серйозною дисфункцією. Причому у групі порівняння процес відновлення втрачених функцій був значно повільнішим та з менш ефективним. Зниження дисфункції в усіх соціальних ролях у пацієнтів досліджуваної групи свідчить, що реабілітаційні заходи необхідно спрямовувати на «проблемні» соціальні ролі. Дані ролі не мають «стійкого дефекту» при їх виконанні. «Порушення», які спостерігаються при їх виконанні, обумовлені лише однією зі складових медичного критерію, який обмежує життєдіяльність — загостренням клініко-психологічної симптоматики. Розробка алгоритму реабілітаційної тактики дозволяє спрямовувати зусилля на відновлення саме збережених соціальних ролей на стадії «порушення» та попередити їх повну або часткову «втрату», яка призводить до соціальної недостатності.

Встановлено, що реабілітаційні заходи, побудовані на міжнародних принципах, дозволяють значно підвищити якість життя пацієнтів та виконання ними соціальних ролей у суспільстві. Доведено, що реальне відновлення соціального функціонування хворих у різних сферах суспільства можливо лише при розробленні реабілітаційних заходів, які уже на етапі планування спрямовані на так звані «проблемні» соціальні ролі. Розробка схеми реабілітаційних заходів дозволяє спрямувати зусилля на відновлення збережених соціальних ролей на стадії «порушення» та попередити їх повну або часткову «втрату», яка призводить до соціальної недостатності.

УДК 616.89-008.454-053.2/.5

### СОВРЕМЕННОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О ПАТОГЕНЕЗЕ ДЕПРЕССИИ У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К АНТИДЕПРЕССИВНОЙ ТЕРАПИИ

Т. Ю. Проскурина, Е. А. Михайлова, Д. А. Мителев, Т. Н. Матковская, В. С. Кудь, Н. А. Шаповалова, Е. П. Исаева, Я. В. Беспалова

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

*Ключевые слова:* депрессия, патогенез, дети, терапия

Депрессивные расстройства являются наиболее распространенной психической патологией в детском-подростковом возрасте. Многие исследователи отмечают трудности раннего распознавания и клинической оценки детских депрессий. Это касается клинического полиморфизма симптомов депрессии, рудиментарности, незавершенности и их сопряженности с поведенческими и вегетативными нарушениями, что и определяет актуальность и социальную значимость исследований в данном направлении.

Цель работы: усовершенствовать систему психопрофилактики депрессивных состояний у детей 7—11 лет на основе изучения механизмов их формирования.

Исследованиями установлено, что практически для всех обследованных были характерны боязливость, неуверенность, незаинтересованность в обучении и в играх, плаксивость и чувство безрадостности существования, нарушения сна, утомляемость, раздражительность. Суицидальное поведение зарегистрировано у 2 из 43 детей. У всех детей выявлены хронические сочетанные психогении.

Стабильные депрессивные признаки выявлены у 76,7 % детей и, согласно МКБ-10, были квалифицированы как депрессивное расстройство поведения. При изучении роли биологических, социально-психологических факторов было установлено, что наиболее значимыми в формировании депрессии у детей являются нарушения в системе «мать — дитя», нарушение типов привязанности в раннем детстве, искаженный тип семейных отношений, фактор неполной семьи, наличие церебрально-органической недостаточности.

Полученные данные являются предпосылкой для разработки эффективных программ диагностики и лечения депрессии у детей.

УДК 616.89-008.441.1-053.6

### НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ТРЕВОЖНО-ФОБИЧЕСКОГО РАССТРОЙСТВА У ПОДРОСТКОВ

Т. Ю. Проскурина, Е. А. Михайлова, Т. Н. Матковская, Д. А. Мителев, В. С. Кудь, Н. А. Шаповалова, Е. П. Исаева, Я. В. Беспалова

ГУ «Институт охраны здоровья детей и подростков АМН Украины», г. Харьков

*Ключевые слова:* тревожно-фобическое расстройство, клиника, динамика, прогноз, подростки

Тревожно-фобическое расстройство (ТФР) является актуальным и малоизученным направлением подростковой психиатрии.

Цель исследования: изучение клинко-психопатологической феноменологии ТФР и выделение диагностических и прогностических критериев у подростков.

Было обследовано 83 подростка с ТФР, которые находились на стационарном лечении в отделении психиатрии ГУ «ИОЗДП АМН Украины». В основу изучения ТФР был положен многоосевой принцип анализа невротической болезни: клинико-психопатологический как этап статистики, психосоциальный как причинный фактор, личностно-динамический как этап динамики заболевания и социального функционирования, вероятностный прогноз.

Дизайн исследования: клинико-психопатологический метод; тесты Люшера, Р. Кеттелла, тест оценки интегративного показателя качества жизни; вопросник оценки влияния травматического события.

Установлено, что у подростков с ТФР максимальную интенсивность имели симптомы: напряженность, беспокойство и опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере школьной жизни, истощаемость внимания, нарушение ритма «сна — бодрствования». Феноменология пароксизмальных состояний была представлена тревожным (58,8 %), фобическим (21,6 %) и аффективным (19,6 %) типами. Касаясь возрастной и гендерной характеристики фобий у подростков, следует констатировать максимальное нарастание социального страха у старших подростков, тогда как у младших подростков доминировали природные страхи. Психогении затрагивали все области функционирования личности подростка, включая сферу социального взаимодействия с доминированием проекции в витальном фокусе ( $R = 0,71$ ). Психологические корреляты представлены высоким уровнем тревоги и стресса (88,2 %), средним уровнем депрессии (61,1 %). У всех подростков младшего возраста зарегистрировано сочетание тревоги с частичной дезорганизацией психической деятельности без ригидности, характеризующей аутохтонный вариант ТФР. Вектор тревоги у подростков старшего возраста имел преимущественную направленность на собственное «Я» с неспособностью модулировать негативные эмоции, что формировало преимущественно ригидный вариант ТФР.

Для выделения критериев прогноза течения ТФР у подростков был разработан прогностический алгоритм. В перечень анализируемых прогностических признаков были включены следующие блоки: клинико-психопатологический симптомокомплекс (клиническая матрица ТФР); характеристика невротического конфликта с определением зон действия психотравмирующих факторов; тип семейной социогаммы; блок коморбидной соматоневрологической патологии; психологические корреляты — (уровень стресса, тревоги, депрессии, тип акцентуации характера), ЭЭГ-паттерны дисфункции мозга. Выделены и систематизированы признаки, информативные в прогнозе развития благоприятных и неблагоприятных форм ТФР у подростков, что существенно для программы терапевтического вмешательства и прогноза социальной адаптации.

УДК 614.253:616.89

## ПРЕДИКТОРИ ФОРМУВАННЯ ПРОЦЕСУ ПСИХОСОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПСИХІЧНОХВОРИХ

*Н. Г. Пишук*

*Вінницький національний медичний університет  
ім. М. І. Пирогова*

*Ключові слова:* психічні розлади, психосоціальна реабілітація

Повсякденна клінічна практика свідчить про необхідність розвитку та удосконалення системи психосоціальної реабілітації хворих на психічні розлади. Остання є одним з важливих компонентів психіатричної допомоги, завдяки якій хвора особистість має змогу задовольнити власні потреби, отримати соціальну підтримку, підвищити рівень соціального функціонування. Враховуючи біопсихосоціальну модель розвитку психічних розладів, виникає нагальна потреба при дослідженні стану психологічної адаптації пацієнтів враховувати не лише їх базисні потреби, але й їх життєві події, особливості копінг-процесу, тип сім'ї, її соціально-психологічні особливості.

Задоволення всіх потреб пацієнтів, які страждають на психічні розлади, стало можливим завдяки багатогранним психосоціальним впливам, які можуть змінюватись в залежності від особистісних установок пацієнтів, культурного та соціально-економічного стану соціуму, в якому перебуває пацієнт. Як необхідну умову надання психосоціальної допомоги все частіше використовують холистичний підхід, який має на меті проведення комплексних заходів на різних рівнях впливу — індивідуальному, сімейному, інституційному, фінансовому. Тобто, не лише пацієнт є споживачем психосоціального втручання, але й широкі коло немедичних факторів. Таким чином, в процесі психосоціальної реабілітації беруть участь внутрішні (особистісні) та зовнішні (соціально-середовищні) чинники, а процес психосоціальної реабілітації, загалом, вміщує соціальні, психологічні та економічні аспекти. Кінцевою метою такого процесу є підвищення якості життя хворого, покращання соціального функціонування хворих та їх сімей, економічна захищеність.

Яким чином можна оцінити та підвищити ресурсну базу пацієнта, який задіяний у реабілітаційному процесі? Алгоритм є таким: зменшення вираженості симптомів хвороби завдяки використанню найновіших розробок психофармації; підвищення соціальної компетентності хворих та їх соціальної захищеності; динамічне медико-психологічне консультування пацієнта та членів його родини з метою підвищення самооцінки, урегулювання поведінкових патернів, виокремлення психологічного особистісного комунікативного ресурсу, спрямованого на реадaptaцію хворого у суспільстві та посилення мотиваційно-діяльнісного компонента його соціальної взаємодії з метою адаптації до економічних умов; дестигматизація.

Стає зрозумілим, що такий процес може бути врегульованим лише завдяки формуванню комплексного бригадного підходу у наданні психіатричної допомоги. В зв'язку з цим стає актуальним питання підготовки лікарів-психологів у вищих медичних закладах освіти на додипломному етапі та удосконалення тематичних знань з медичної психології на післядипломному етапі; питання ефективної взаємодії лікаря-психолога та лікаря-психіатра як в стаціонарі, так і на етапі амбулаторної допомоги; психологічне консультування сімей, в яких проживає психічнохворий та за необхідності надання їй членам психотерапевтичної допомоги; розвиток служб соціальної підтримки психічнохворих.

УДК 616.895.4 616-071 616.89 615.851 615

## КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНА КОРЕКЦІЯ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ СУДИННОГО ГЕНЕЗУ

*Н. Г. Пишук, О. В. Мазур*

*Вінницький Національний медичний університет  
ім. М. І. Пирогова; Вінницька обласна психоневрологічна лікарня  
ім. акад. О. І. Ющенка*

*Ключові слова:* депресивні розлади судинного генезу, психотерапевтична корекція

За останні роки цереброваскулярна патологія виходить на перше місце в структурі неврологічних захворювань і призводить до значних негативних біопсихосоціальних наслідків. Фізичне і психологічне неблагополуччя пацієнта, який страждає на цереброваскулярну хворобу, надзвичайно негативно відбивається на якості життя. Психологічне неблагополуччя значною мірою залежить від супутньої цереброваскулярною захворюванню депресії.

Нами було проведено дослідження 50 хворих на судинні депресії, які перебували на стаціонарному лікуванні в Вінницькій обласній психоневрологічній лікарні ім. акад. О. І. Ющенка протягом 2008—2009 років. З урахуванням домінуючого компонента в клінічній картині судинних депресій у пацієнтів було виділено чотири синдромальні варіанти, які спостерігались з різною частотою: тривожний — 42 %, астеничний — 36 %, дисфоричний — 12 %, апато-адинамічний — 10 %.

Виявлені синдромальні варіанти судинної депресії характеризують її сучасний патоморфоз та визначають напрямки патогенетичного лікування, що наряду з психофармакологічними втручаннями повинно включати психо-